FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

CONCOURS POUR L'AGRÉGATION

(SECTION DE CHIRURGIE).

DE

L'ULCÉRATION

ET

DES ULCÈRES.

THÈSE PRÉSENTÉE ET SOUTENUE

PAR

PH.-C. SAPPEY,

Docteur en médecine,
Ancien prosecteur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux,
Ancien aide d'anatomie de la Faculté de médecine de Paris.

PARIS.

IMPRIMERIE DE L. MARTINET,

RUE JACOB, 30.

1847.

Juges du Concours.

MM.

PROFESSEURS. .	MARJOLIN, président.
	BLANDIN.
	GERDY.
	ROUX.
	VELPEAU.
AGRÉGÉS. . . .	CAZEAUX.
	MARCHAL.
	NÉLATON, suppléant.

Compétiteurs.

MM. BOYER (Lucien).
DEPAUL.
DEVILLE.
GUÉRIN.
JARJAVAY.
MM. LACROIX.
MOREAU (Alexis).
MOREL-LAVALLÉE.
RICHET.
SAPPEY.

DE L'ULCÉRATION

ET

DES ULCÈRES.

ULCÉRATION.

L'ulcération est un travail morbide, essentiellement désorganisateur, s'accomplissant à la surface ou dans la profondeur de nos tissus, et déterminant des solutions de c ontinuit qui ont moins de tendance à se cicatriser qu'à s'étendre ou à demeurer stationnaires; ces solutions de continuité elles-mêmes ont reçu le nom d'ulcères.

Ce travail paraît être de nature inflammatoire. Non seulement, l'inflammation le précède et l'accompagne dans ses diverses périodes; mais lorsqu'il s'arrête devant les efforts réparateurs de l'organisme, elle lui survit pour s'associer à ces efforts, jouant ainsi tour à tour un rôle opposé; tantôt désagrégeant les particules élémentaires de nos tissus et préparant des pertes de substance; tantôt présidant à la sécrétion d'une lymphe plastique qui se condense, se vascularise, se rétracte, et comble la solution de continuité qu'elle avait opérée, en rapprochant ses bords. Ces deux formes du type inflammatoire ont été habilement étudiées par J. Hunter, qui a désigné la première sous le nom d'inflammation ulcérative, et la seconde sous celui d'inflammation adhésive. Il importe d'autant plus de bien connaître les phénomènes qui se rattachent à l'une et à l'autre, qu'elles peuvent se succéder sur la surface d'une même solution de continuité, celle-ci offrant alternativement les caractères d'une plaie ou d'un ulcère; dans quelques

cas même elles paraissent se trouver en présence, et se neutraliser en quelque sorte par leurs tendances contraires, la cicatrisation donnant lieu à un épanchement de lymphe plastique et à la formation d'une membrane granuleuse, l'ulcération s'opposant au complet développement des bourgeons charnus, les détruisant sur quelques points, et suspendant ainsi la marche du travail réparateur.

Sous l'influence de l'inflammation ulcérative, les particules élémentaires de nos tissus se désunissent, s'isolent, et disparaissent; en disparaissant, elles laissent une solution de continuité; et cette solution de continuité sécrète un liquide séro-purulent. Ces trois phénomènes étant constants, il est permis de supposer qu'il existe entre eux une corrélation intime; quelle est la nature de cette corrélation? A peine est-il nécessaire de faire remarquer que la solution de continuité produite par l'ulcération, et la disparition progressive des molécules organiques, sont deux phénomènes dont l'un découle de l'autre, comme un effet découle de sa cause; aussi sont-ils rigoureusement proportionnels. Mais ces molécules qui disparaissent, comment disparaissent elles? Quelle direction suivent-elles au moment où elles abandonnent les organes dont elles se détachent? Rentrent-elles dans le torrent circulatoire, comme le pensait J. Hunter? ou bien tombent-elles dans le liquide séro-purulent qu'exhale la surface des ulcères, et sont-elles entraînées au dehors avec ce liquide? L'ulcération, en un mot, est-elle un phénomène d'absorption ou un phénomène d'élimination?

En faveur de l'absorption ulcérative on a invoqué : 1° l'absence de tout détritus sur les surfaces ulcérées; 2° l'identité du liquide exhalé par ces surfaces, quelque hétérogènes qu'elles soient; 3° la facilité avec laquelle les fluides qu'on y dépose sont souvent introduits dans l'économie; 4° l'amincissement progressif, et enfin la perforation des diverses couches qui recouvrent les abcès; 5° la disparition de certaines parties devenues inutiles, comme les alvéoles après la chute ou l'avulsion des dents; 6° enfin la séparation des escarres.

Il importe d'examiner la nature de chacun de ces phénomènes, et de rechercher s'ils ont été exactement interprétés.

On ne voit, il est vrai, à la surface des ulcères aucun détritus; mais l'absence de ce détritus ne serait-elle pas une simple apparence, reconnaissant pour cause l'extrême ténuité des particules éliminées, particules qui sont à l'état de suspension ou de dissolution dans le liquide exhalé, et qui s'écoulent incessamment avec celui ci? Quoique invisible, le produit d'élimination pourrait donc réellement exister?

L'identité du liquide qui découle des solutions de continuité affectant des tissus très dissemblables, est un phénomène dont la nature peut être illusoire comme celle du précédent. Ce liquide, en effet, comprenant deux éléments, un produit d'exhalation et un produit d'élimination organique, qu'arrivera-t-il si le premier de ces produits est beaucoup plus abondant que le second, et d'une nature semblable sur tous les tissus? Il arrivera que le produit collectif prendra une apparence plus ou moins uniforme, et qu'il se montrera d'autant plus identique que les particules détachées des différents organes seront moins nombreuses, ou délayées dans une masse ichoreuse plus considérable. L'identité du liquide qui découle des tissus les plus hétérogènes, lorsqu'ils s'ulcèrent, n'est donc pas un phénomène incompatible avec la présence d'un détritus dans ce liquide; ajoutons que cette identité nous paraît très contestable : l'ichor qui découle des ulcères présente réellement quelques variétés, et les modifications qu'il subit pourraient très bien correspondre aux diverses proportions de particules organiques qu'il renferme.

Les liquides et les substances solubles déposés sur une solution de continuité ulcéreuse peuvent être absorbés; mais cette absorption s'accomplit également à la surface d'une plaie, elle s'accomplit à la surface d'un vésicatoire, et cela sans qu'il y ait dissociation des molécules organiques, et reflux de ces molécules dans le torrent circulatoire. Or, si dans des conditions aussi analogues l'absorption s'exerce d'un côté exclusivement aux dépens des particules étrangères, et jamais aux dépens des molécules vivantes, avons-nous le droit de conclure que de l'autre elle s'effectue différemment? Cette conclusion nous semblerait d'autant plus hasardée, qu'il n'existe peut-être pas dans la science un seul fait attestant rigoureuse-

ment qu'une inflammation ulcérative occupant un point quelconque ait coïncidé, d'une part avec l'absorption successive, ou, de proche en proche, de toutes les particules organiques comprises dans les limites de cette inflammation, de l'autre avec l'absence de toute élimination; or, tant qu'on n'aura pas constaté la réunion de ces deux phénomènes, la perte de substance, et l'absence manifeste de toute élimination ou de tout écoulement ichoreux, sur une partie enflammée, il demeurera vraisemblable que les particules organiques qui disparaissent sont entraînées au dehors avec le produit d'exhalation.

L'amincissement, la destruction et la perforation des différentes couches qui séparent les foyers purulents des surfaces tégumentaires ont été attribués par Hunter à l'absorption progressive; mais ce phénomène trouve une explication également satisfaisante dans l'une et l'autre des deux théories de l'ulcération. Sans doute on peut admettre avec Hunter que les tissus placés entre la collection purulente et la peau, ou les muqueuses, sont successivement absorbés; mais ne pourrait-on pas admettre aussi avec Dupuytren que les particules qui disparaissent se précipitent dans l'abcès en se transformant en pus, de même que dans l'ulcère cutané elles se porteraient au dehors en se dissolvant ou se suspendant dans l'ichor. L'ulcération s'accomplirait de la même manière dans les deux cas; seulement dans le premier elle marcherait des parties profondes vers la surface du corps, et dans le second elle débuterait au contraire par cette surface. La direction incessante des abcès vers la peau ou les muqueuses n'atteste donc nullement la réalité d'une absorption progressive; elle n'est pas moins conciliable avec l'hypothèse d'une élimination moléculaire.

La disparition de certaines parties devenues inutiles, telles que les alvéoles après la chute des dents, est un phénomène d'absorption interstitielle semblable à celui qui amène l'atrophie du thymus ou de tout autre organe; mais ce mode d'absorption n'offre rien de commun avec l'inflammation ulcérative; c'est donc à tort qu'il a été invoqué pour démontrer que, pendant la formation d'un ulcère, les particules soustraites rentrent dans l'appareil circulatoire.

La séparation des escarres a été attribuée également par Hunter et par Thompson à l'absorption ulcérative; mais ici encore les deux théories de l'ulcération trouvent une application également heureuse; car lorsque la couche organique interposée aux parties mortes et aux parties vivantes disparaît, est-on plus fondé à supposer que l'appareil des vaisseaux absorbants s'en est emparé qu'à admettre que cette couche limitrophe, gravement compromise dans sa vitalité, a achevé de succomber au moment où la réaction inflammatoire est survenue, et que ses débris moléculaires après s'être réunis au liquide exhalé par les tissus enflammés, se sont peu à peu écoulés, entraînant avec eux toute la masse privée de vie.

Parmi les faits sur lesquels repose la théorie de l'absorption ulcérative, il n'en est donc aucun qui ne puisse être invoqué en faveur de la théorie de l'élimination, ou expliqué par elle.

Après avoir montré que tous ces phénomènes physiologiques et pathologiques qui paraissent favorables à l'opinion de Hunter peuvent être interprétés différemment, et qu'ainsi interprétés ils deviennent applicables à la défense de l'opinion contraire, il nous reste pour terminer le parallèle de ces deux opinions, à mentionner quelques faits qu'on pourrait faire valoir en faveur de la doctrine de l'élimination.

En soumettant à l'observation microscopique l'ichor que fournit la surface d'un squirrhe ulcéré, on retrouve dans ce liquide des cellules cancéreuses parfaitement semblables à celles qu'on puiserait directement dans une tumeur squirrheuse en voie de ramollissement; ce fait important, bien constaté par M. Lebert d'abord, et plus tard par d'autres micrographes exercés, démontre incontestablement la présence d'un détritus dans le fluide exhalé par l'ulcération de quelques produits morbides. Des résidus moléculaires deviennent aussi quelquefois très manifestes dans le pus fourni par l'ulcération d'un os, les observateurs ont surtout signalé la présence de parcelles osseuses dans la carie.

Admettons pour un instant cette doctrine de l'élimination : on voit que l'ulcération se rapprocherait alors de la gangrène; et en faveur de ce rapprochement nous rappellerons l'influence fâcheuse, et quelquefois épidémique, que toutes les causes

débilitantes exercent sur la production et sur la marche de l'ulcération. La pourriture d'hôpital, qui à diverses époques a produit de si cruels ravages dans nos armées, se montre surtout à la suite d'une défaite, des grandes chaleurs et des privations de tout genre; le scorbut se développe dans des circonstances analogues; la phthisie et la fièvre typhoïde sont des causes extrêmement fréquentes de l'ulcération intestinale; les ulcères se développent de préférence sur les parties les plus éloignées du centre circulatoire, chez des individus affaiblis par l'âge, les excès ou une alimentation insuffisante; et lorsqu'ils attaquent l'enfance, ce qui est rare, c'est ordinairement chez les enfants scrofuleux qu'on les observe. En présence de toutes ces considérations, il nous paraît difficile de ne pas admettre un rapport de parenté entre l'ulcération et la gangrène. Dans l'une et l'autre, il y aurait élimination d'une partie de nos tissus. Mais cette analogie une fois constatée, il faut reconnaître qu'il existe dans le mode d'élimination, des différences assez grandes pour justifier la distinction admise entre ces deux affections, distinction qui offre dans la pratique une incontestable utilité, et dont la théorie affaiblit l'importance sans la détruire.

Les conditions pathologiques au milieu desquelles on voit naître le travail morbide qui constitue l'ulcération, sont très variables; tantôt c'est une plaie dont les lèvres, pâles et humectées d'un pus de mauvaise nature, s'écartent au lieu de se rapprocher; tantôt c'est une brûlure, une gangrène qui entraînent à leur suite une suppuration intarissable; quelquefois, c'est une simple piqûre, suivie d'une inflammation ulcérative, qui s'étend sous la face profonde des téguments et les détruit en partie; ou bien une surface, dénudée par l'application d'un vésicatoire, sur laquelle s'étale une couche grisâtre, de consistance pulpeuse. Ici, c'est un abcès dont l'orifice d'écoulement persiste ou s'élargit; là, c'est un produit morbide qui détermine une inflammation, d'abord, et bientôt une destruction à marche progressive; ailleurs, c'est sur une surface ou dans un organe parfaitement sain que l'ulcération se développe; fréquemment aussi, elle a pour point de départ les tissus de cicatrice, qui disparaissent sous son influence avec autant de rapidité qu'ils avaient mis de lenteur à se produire.

Mais une plaie qui suppure tend à se cicatriser; une solution de continuité consécutive à la chute d'une escarre, tend à se recouvrir d'une membrane granuleuse qui s'organise; la perforation des téguments par un abcès tend à se fermer; la surface d'un vésicatoire qu'on cesse d'irriter tend à se dessécher, etc.; pourquoi chacune de ces lésions est-elle entravée dans sa marche? Quelles causes peuvent ainsi suspendre les efforts salutaires de l'organisme, et substituer à ces efforts un travail dont le caractère, suivant l'expression si vraie de M. Blandin, est éminemment désorganisateur? Ces causes sont de deux ordres, les unes locales, les autres générales.

Parmi les causes locales, il convient de citer au premier rang, d'une part, l'état de tension et d'engorgement inflammatoire ou œdémateux des tissus; d'autre part, l'obstacle à la circulation du sang noir, et la congestion des radicules veineuses; aussi toutes les circonstances qui pourront contribuer à déterminer, soit cet engorgement, soit cette congestion, méritent-elles d'être prises en grande considération dans le traitement des solutions de continuité ulcéreuses; telles sont la déclivité de la partie ulcérée ou la circulation du sang veineux contrairement aux lois de la pesanteur : influence puissante, dont l'importance dans la thérapeutique des affections inflammatoires en général, et particulièrement dans celles des ulcères, a été depuis longtemps signalée et rigoureusement démontrée par M. Gerdy; telles sont pour les membres inférieurs la station verticale prolongée, et toutes les professions qui nécessitent ce mode de station; telles sont les tumeurs situées sur le trajet des vaisseaux; tels sont le rétrécissement, la dilatation ou l'oblitération d'un tronc veineux, etc. L'inflammation ulcérative peut aussi être le résultat d'une irritation sans cesse renouvelée, comme celle que détermine la déviation d'un ongle, d'une pression continue sur un même point, de la présence d'un corps étranger, par exemple, des aiguilles employées pour la suture entortillée, des fils à ligature, d'une esquille osseuse, du ramollissement inflammatoire, du ramollissement d'un foyer tuberculeux, d'une tumeur encéphaloïde ou squirrheuse, de l'existence d'une nécrose, d'une carie, d'une ostéite suppurative, etc.

Les causes générales qui occasionnent l'ulcération ne sont pas moins nombreuses que les précédentes. Nous mentionnerons spécialement dans l'étude de ces causes, la syphilis dont l'action ulcérative s'exerce sur la peau, sur les muqueuses, sur le tissu osseux, etc., etc.; les scrofules, qui produisent la plupart des ulcères qu'on observe avant la puberté; le scorbut qui porte son influence principalement sur les plaies en voie de cicatrisation; la morve, dont les funestes effets se montrent de préférence sur les muqueuses situées à l'entrée des voies respiratoires; la phthisie, cause si fréquente des ulcérations du canal intestinal; la fièvre typhoïde, cause non moins fréquente des ulcérations intestinales, mais portant son action spécialement sur l'intestin grêle; la variole, qui couvre la surface du corps d'autant d'ulcères qu'elle produit de pustules; et enfin, quelques autres affections cutanées, tels que la gale, la teigne, les dartres, etc.

L'ulcération a pour point de départ le plus ordinaire les membranes tégumentaires; habituellement aussi elle s'étend sur ces membranes beaucoup en surface et peu en profondeur; mais dans quelques circonstances elle se propage avec une égale activité dans tous les sens, et détruit progressivement les téguments, le tissu cellulaire sous-jacent, les muscles, les artères, les veines, les nerfs, les tendons, etc., en sorte qu'il n'est peut-être aucun organe qui ne puisse devenir le siége d'une ulcération consécutive.

Mais ce travail morbide peut-il s'établir primitivement dans tous les tissus et leur faire subir des pertes de substance semblables à celles qu'il détermine, lorsque par sa marche envahissante il les attaque consécutivement? Cette question est nettement résolue pour la peau, les muqueuses, le tissu cellulaire, les artères, pour la plupart des viscères; pour les produits morbides, tels que le squirrhe, l'encéphaloïde, et pour les tissus de cicatrice; elle paraît l'être également pour les os; mais il est permis de conserver quelques doutes sur l'ulcération primitive des veines, des nerfs, des tissus albuginés des cartilages et des muscles.

Lorsqu'elle attaque le tégument externe, l'inflammation ulcérative se montre, tantôt sur une partie complétement intacte

de ce tégument, tantôt sur un point où il est distendu par une tumeur sous-jacente, et plus ou moins modifié dans ses phénomènes nutritifs par le fait de cette distension ; tantôt enfin, sur une solution de continuité préexistante. Si la peau est dans son état de parfaite intégrité, on voit le plus souvent l'épiderme se soulever, un liquide sanieux ou purulent s'accumuler au-dessous de la membrane épidermique, et une perte de substance plus ou moins hémisphérique se produire au-dessous de la phlyctène ou de la pustule qui a précédé; ainsi débute l'ulcération dans la variole, dans le zona, dans le pemphygus et dans quelques ulcères des membres. Lorsque les téguments sont soulevés par une tumeur, squirrheuse ou encéphaloïde, par un anévrisme ou une exostose, lorsqu'ils sont distendus par une accumulation de liquide, soit circonscrite, soit diffuse, le travail ulcératif dont ils deviennent le siége est aussi quelquefois annoncé par la formation d'une phlyctène qui ne tarde pas à se rompre; mais plus souvent alors l'épiderme semble se ramollir, se dissoudre sur le point le plus tuméfié pour laisser à nu la surface cutanée qui sécrète un liquide sanieux, et se dépouille en même temps d'une partie de sa substance; ou bien la couche épidermique conservant sa résistance normale, se divise linéairement, et l'ulcération à son début revêt la forme d'une fissure ou d'une crevasse. Dans le cas où une solution de continuité précède l'invasion du travail ulcératif, deux circonstances peuvent se présenter; la plaie sera récente, ou datera de plusieurs jours ; si elle est récente, l'ulcération aura pour effet de paralyser les efforts réparateurs de la nature en s'opposant au développement des bourgeons charnus; ou bien la lymphe plastique sera sécrétée et la membrane granuleuse se formera, mais d'une manière incomplète et comme avortée; les granulations qui la constituent seront pâles, flasques, infiltrées de liquide, et d'aspect œdémateux ; si la plaie date de plusieurs jours, le travail de réparation est plus ou moins avancé ; l'ulcération manifestera alors son intervention en modifiant profondément, soit la couleur, et la consistance des bourgeons charnus, soit la nature du liquide qu'ils sécrètent; et ce premier effet pourra être suivi de la destruction partielle, ou complète, de la mem-

brane granuleuse, et de l'agrandissement progressif de la plaie.

Sur les membranes muqueuses, l'ulcération paraît affecter les mêmes modes d'invasion qu'elle présente sur la surface cutanée : ainsi les aphthes sont des ulcérations précédées assez souvent de phlyctènes ; les pustules varioliques se montrent quelquefois sur les muqueuses palpébrale, buccale et pharyngienne ; lorsqu'un abcès ou une tumeur soulève et distend les muqueuses digestive et génito urinaire, l'inflammation ulcérative, après la destruction préalable de l'épithélium, se propage circulairement sous la forme d'érosion, et dans quelques cas linéairement sous la forme de gerçure ou de fissure ; mais cette dernière forme se modifiant rapidement par l'extension du travail morbide, et ne constituant qu'un phénomène en quelque sorte fugitif dans la marche de l'ulcération, est beaucoup moins facile à constater que sur la surface cutanée, et n'est bien manifeste que sur la circonférence des orifices muqueux. Les solutions de continuité ulcéreuses du système muqueux peuvent, comme celle du tégument externe, s'étendre aux tissus sous-jacents, et si ces tissus ne forment que des couches minces et correspondent à une cavité séreuse ou muqueuse, on voit l'ulcération, par sa marche progressive, déterminer, tantôt des inflammations adhésives et salutaires, tantôt des perforations suivies d'accidents souvent mortels.

Le tissu cellulaire est souvent le siége d'un travail ulcératif lorsqu'il suppure ; il y a alors destruction de quelques unes de ses lamelles et de ses filaments dont les débris s'ajoutent au liquide purulent, et lorsque ce liquide est complétement élaboré, l'ulcération se propage du côté de la peau ou des muqueuses pour lui créer une issue ; dans ce cas l'ulcération joue donc tour à tour un rôle morbide ou destructeur, et un rôle curatif.

Les grosses artères, et surtout l'aorte à sa naissance, présentent assez souvent sur leur paroi interne des destructions circonscrites, circulaires, à fond grisâtre ou blanchâtre, qui sont généralement attribuées à l'ulcération ; ces pertes de substance revêtent assez bien, en effet, l'aspect propre aux ulcères ; elles paraissent être le résultat d'un dépôt de matière athéromateuse dans l'épaisseur des tuniques artérielles, et d'une

déchirure consécutive de la tunique interne ; néanmoins, il y a évidemment une perte de substance, qui, bien que très circonscrite, devient fréquemment le point de départ des anévrismes spontanés.

L'ulcération qui attaque les viscères a été assez souvent confondue avec leur ramollissement, et il faut avouer que ces deux phénomènes ne sont pas toujours faciles à distinguer, peut-être même ne sont-ils pas essentiellement distincts.

Dans les produits morbides du moins le ramollissement et l'ulcération semblent complétement identiques; il est vrai que l'ulcération des téguments qui recouvrent une tumeur squirrheuse ou encéphaloïde succède au ramollissement de ces produits morbides, et que deux phénomènes qui se succèdent ne doivent pas être confondus; mais il faut ici bien distinguer l'ulcération qui siége sur les téguments, et l'ulcération qui siége sur les tissus cancéreux; la seconde seule doit nous occuper, or il est impossible de constater d'autres phénomènes dans l'ulcération du squirrhe et de l'encéphaloïde que celui de leur ramollissement et de l'élimination des parties ramollies, sous la forme d'un ichor, d'une pulpe, ou de masses mortifiées.

Les veines et les nerfs ne paraissent pas s'ulcérer primitivement. Il en serait de même, suivant M. Cruveilhier, des tendons, des ligaments, des aponévroses, ou plus généralement de tous les tissus fibreux; et lorsque ces tissus sont envahis par l'ulcération progressive des parties voisines, il y aurait, d'après le même auteur, épanchement préalable de lymphe plastique entre les fibres qui les composent et développement de vaisseaux. La difficulté avec laquelle les parties fibreuses s'associent au travail ulcératif des organes qui les entourent, nous explique très bien la marche toujours plus lente des abcès sous-aponévrotiques, et les trajets sinueux qu'ils décrivent dans certaines circonstances avant d'arriver au-dessous des téguments. Il est probable que les muscles, compris dans les ulcérations profondes, se comportent de la même manière.

Les cartilages peuvent-ils devenir le siége d'une ulcération primitive ou consécutive? Sous le premier point de vue les

faits recueillis jusqu'à ce jour nous autorisent à répondre négativement; nous avons vainement cherché dans les annales de la science une observation qui mît hors de doute le développement d'une inflammation ulcérative, soit à la surface libre d'un cartilage, soit dans son épaisseur. Quant à la destruction partielle d'une lame cartilagineuse consécutivement à l'inflammation des parties voisines, elle est incontestable, et s'opère différemment dans les cartilages entourés de périchondre, et dans les cartilages diarthrodiaux. Dans les cartilages périchondriques, le premier phénomène que produit ordinairement sur eux l'inflammation des organes contigus, est leur vascularisation et leur ossification partielle; le second est tantôt une nécrose, tantôt une carie. Dans les cartilages diarthrodiaux la perte de substance qu'on observe procède habituellement du tissu osseux, et parfois d'une fausse membrane qui s'est organisée à leur surface libre; dans l'un et l'autre cas, la solution de continuité, nettement circonscrite qui se forme, débute par le point de contact du cartilage avec l'appareil vasculaire qui lui correspond. L'altération de ces organes ne jouerait ainsi dans la production des tumeurs blanches qu'un rôle secondaire; nous sommes d'autant plus disposés à nous rallier à cette opinion qui tend à prévaloir aujourd'hui, que les cartilages articulaires paraissent privés de tout élément d'organisation; or, en admettant avec M. le professeur Velpeau la nature inorganique de ces cartilages, il devient très difficile de concevoir comment un travail morbide pourrait s'accomplir dans leur substance, tandis qu'on comprend très bien que lorsque ce même travail s'accomplira dans les tissus dont ils dépendent, ils pourront se modifier dans leur consistance et la plupart de leurs propriétés, ou bien se détruire partiellement.

Dans les os, l'inflammation ulcérative peut se montrer sous plusieurs formes différentes, mais entre les divers modes d'ulcération qu'ils présentent, celui qu'on observe le plus souvent, soit comme phénomène primitif, soit comme phénomène consécutif, est la carie. Cette affection attaque de préférence le tissu spongieux; par ses progrès elle détruit peu à peu les

lamelles osseuses qui constituent ce tissu, les réduit à l'état de filament; ceux-ci perdent leur résistance, et lorsqu'un corps solide et grêle, un stylet par exemple, pénètre dans le foyer de l'ulcération, il les brise avec une extrême facilité, en transmettant à la main qui le dirige une sensation de crépitation produite par la rapide succession ou la simultanéité de toutes ces petites fractures. En même temps que les particules solides disparaissent, les vaisseaux sont mis à nu, et un liquide tantôt purulent, tantôt séreux, et très variable dans ses apparences, se dirige vers les parties molles qui subissent à leur tour une inflammation ulcérative; sous l'influence de cette double ulcération le pus s'épanche au dehors; et tant que le travail ulcératif de l'os persiste, la solution de continuité qui traverse les parties molles, persiste également; tels sont la cause et le mode de production d'un grand nombre d'ulcères fistuleux.

A la suite de la nécrose on observe aussi un phénomène d'ulcération, mais bien différent de celui de la carie, et très analogue à celui que nous offre la séparation des escarres. Aux points de contact des parties mortifiées et des parties vivantes de l'os, les particules solides disparaissent et par conséquent les canalicules osseux se trouvent interrompus dans leur continuité; les vaisseaux, dépouillés de leur enveloppe calcaire, exhalent une lymphe plastique et perdent à leur tour tout rapport de continuité avec ceux du séquestre; cette lymphe s'organise; une membrane granuleuse s'étale sur les parties saines, au-dessous des parties nécrosées et peu à peu, celles-ci s'ébranlent puis se détachent. Dans cette lésion, l'inflammation ulcérative a donc pour effet d'agrandir la perte de substance qui résultera de la nécrose, en détruisant aux limites de celle-ci une partie saine de l'os; de même que dans la séparation des escarres, il y a ici deux pertes de substance: l'une primitive occasionnée par la mortification, l'autre consécutive due à l'ulcération; et ainsi que l'a très bien fait observer M. Nélaton, cette double déperdition nous explique parfaitement pourquoi la perte de substance que l'os éprouve par le fait de la séparation est plus considérable que celle qui est accusée par le volume du séquestre.

Lorsqu'un ou plusieurs tubercules enkystés existent dans l'épaisseur d'un os, le mécanisme par lequel ils s'ouvrent une voie à l'extérieur ou occasionnent la perforation des lames osseuses qui les recouvrent, paraît tout à fait analogue à celui qui amène l'évacuation des abcès sous-cutanés ou sous-muqueux ; la membrane qui entoure la matière tuberculeuse s'enflamme, s'ulcère, se détruit sur le point qui est le plus rapproché de la surface de l'os, et la perforation que subit celui-ci est aussi nettement limitée que celle d'un grand nombre d'ulcères cutanés ; mais cette destruction par emporte-pièce n'est pas celle qu'on observe dans l'ulcération consécutive aux abcès ; dans celle-ci la perte de substance se rapproche davantage du mode de destruction qu'on observe dans la carie.

DES ULCÈRES.

Avec M. le professeur Marjolin, nous définirons l'ulcère : « Une solution de continuité dans une partie molle ou dure, avec écoulement de pus, d'ichor ou de sanie, entretenue par une cause locale ou générale, devant rester stationnaire, s'étendre ou se reproduire après une guérison temporaire, tant que cette cause locale ou générale n'aura pas été détruite. »

Solution de continuité, écoulement séro-purulent, persistance de l'une et de l'autre, tels sont, en un mot, les trois phénomènes caractéristiques de l'ulcère; réunis, ces phénomènes acquièrent la valeur d'un symptôme pathognomonique; isolés, ils ne peuvent s'appliquer qu'à la définition d'une plaie. La plaie et l'ulcère présentent par conséquent des caractères qui leur sont communs ou qui les rapprochent, et des caractères qui leur sont propres ou qui les distinguent : toute solution de continuité qui exhale un fluide purulent, et qui tend à se cicatriser, constitue une plaie; toute solution de continuité qui sécrète un liquide de même nature, et qui tend à se perpétuer, constitue un ulcère. Ce n'est donc pas dans l'aspect extérieur de ces deux genres de solution de continuité qu'il faut chercher leurs différences essentielles; ces différences résident surtout dans les conditions qui président à leur manifestation. La plaie est le résultat d'une violence extérieure qui surpend en quelque sorte l'économie dans son état de parfaite intégrité : elle n'est qu'un effet dont la cause disparaît aussitôt qu'elle est produite, et contre lequel l'organisme réagit facilement, en provoquant, suivant l'expression de M. le professeur Gerdy, une inflammation cicatrisante. L'ulcère est ordinairement produit par une cause interne qui survit à sa production, et dans les circonstances rares, où il est dû à un agent placé en dehors de l'organisation, cet agent pénètre dans la solution de continuité qu'il détermine, ou reste en contact avec elle, et entretient ainsi les effets primitifs de

son action. La plaie est donc une lésion dont la cause a disparu; l'ulcère est une lésion dont la cause persiste : de là, la facile cicatrisation de la première, et la suppuration indéfinie de la seconde; de là, la différence qu'on observe habituellement entre l'une et l'autre de ces solutions de continuité; de là surtout la différence du traitement qui leur convient.

Ce parallèle, et la plupart des considérations dans lesquelles nous sommes entré sur l'inflammation ulcérative, nous conduisent à reconnaître que la notion de la cause est un point dominant dans l'histoire des ulcères; aussi la plupart des auteurs ont ils pris cette notion pour base principale de leur classification. Or, si l'on consulte l'étiologie de l'ulcération, on constate que cette maladie est tantôt le résultat d'une cause locale, et tantôt une manifestation d'un état général, ou spécifique qui la tient sous sa dépendance; de là cette grande division des ulcères en ulcères locaux et ulcères généraux, présentée à la fin du siècle dernier par B. Bell, et adoptée depuis cette époque par un grand nombre de chirurgiens éminents, parmi lesquels nous citerons surtout Boyer, qui, le premier, dans son immortel ouvrage, en montra les avantages, et MM. Marjolin et Blandin, dont les écrits et l'enseignement ont puissamment contribué à la faire prévaloir.

Les ulcères locaux et les ulcères généraux ou spécifiques, forment deux genres à chacun desquels se rattache un certain nombre d'espèces; pour la détermination de ces espèces, les auteurs ont eu égard tantôt aux causes, et tantôt aux diverses complications des affections ulcéreuses; ainsi, suivant que l'inflammation, la gangrène, la pourriture d'hôpital, les fongosités, les callosités, etc., venaient compliquer ces affections, ou modifier leur aspect, on admit des ulcères inflammatoires, gangréneux, putrides, fongueux, calleux, et on eut le tort d'oublier comme le font très bien observer MM. Marjolin et Blandin, que ces modifications ou complications ne sont que des aspects variés d'une seule et même maladie, dont il faut tenir compte dans son étude, et surtout dans son traitement, mais qu'il est préférable de ne pas distraire pour en faire autant d'espèces distinctes. Nous nous rallierons entièrement à cette opinion; toutefois, en l'adoptant, il importe de ne pas tomber dans

les inconvénients de la méthode opposée, en rapprochant dans une même description des espèces réellement distinctes. C'est pourquoi, après avoir exposé d'une manière générale l'histoire des ulcères locaux, considérés soit dans leur état de simplicité, soit dans leur état de complication, nous décrirons isolément ceux de ces ulcères qui se distinguent par des caractères spéciaux; dans ce nombre, nous admettrons : l'ulcère variqueux, que nous appellerons, avec M. Blandin, ulcère entretenu par un obstacle à la circulation veineuse; l'ulcère entretenu par la présence d'un corps étranger, et l'ulcère verruqueux. La division des ulcères spécifiques comprendra les ulcères vénériens, scrofuleux, scorbutiques, morveux et cancéreux.

ULCÈRES PAR CAUSE LOCALE.

Les ulcères peuvent se former sur tous les points de la surface du corps, mais les membres inférieurs constituent leur siége de prédilection, on pourrait même dire leur siége presque constant. Sur ces membres, ils n'affectent pas une égale fréquence pour les diverses sections qui les composent, c'est ordinairement à la jambe qu'on les observe, quelquefois à sa partie moyenne ou supérieure, mais le plus souvent à son extrémité inférieure, au niveau ou au-dessus de la malléole interne.

Le membre abdominal du côté gauche s'ulcère plus fréquemment que celui du côté droit. « Quoique la jambe droite se présente la première, dit Pouteau, et qu'elle soit en conséquence plus exposée aux injures extérieures, néanmoins on remarque que sur dix ulcères aux jambes, il y en a sept à la jambe gauche. » Richerand, après avoir rappelé cette opinion de Pouteau, ajoute qu'en examinant les jeunes gens soumis à la conscription militaire, il a eu souvent l'occasion d'en vérifier l'exactitude. Les relevés statistiques de Parent-Duchâtelet, de M. Ph. Boyer et de M. Blandin, confirment pleinement les observations de Pouteau et de Richerand. Sur 510 malades affectés d'ulcères à une seule jambe, Parent-Duchâtelet nous

apprend que 270 présentaient leur affection à la jambe gauche, et 240 à la jambe droite; sur 227 ulcères observés par M. Ph. Boyer, 133 occupaient la jambe gauche, et 94 la jambe droite; la différence signalée par M. Blandin est plus grande encore, puisque sur 35 malades, la solution de continuité s'est montrée 27 fois à gauche. Cette maladie est donc réellement plus fréquente du côté gauche que du côté droit. Pouteau explique ce fait par la compression que l'S iliaque du colon exerce sur la veine iliaque correspondante, et Richerand, par la prédominance de développement du côté droit du corps, ou, en d'autres termes, par la faiblesse relative du membre gauche. L'influence isolée ou combinée des ces deux causes peut être réelle; cependant nous avouerons que celle qui est invoquée par Pouteau nous paraît à la fois et plus vraisemblable, et douée d'une efficacité plus grande que celle qui est alléguée par Richerand; dans cette hypothèse, le varicocèle et les varices devraient se montrer plus souvent à gauche; c'est en effet ce qui a lieu pour la première de ces affections; mais la statistique n'a pas encore démontré qu'il en fût de même pour la seconde.

Les deux sexes ne sont pas également exposés aux inflammations ulcératives; d'après les relevés de Parent-Duchâtelet, les ulcères seraient trois ou quatre fois plus fréquents chez les hommes que chez les femmes; M. Ph. Boyer indique la même proportion; c'est donc à tort que Nicolas Bezold, en 1689, et Paul Langus, en 1753, ont avancé que l'ulcération des téguments est une maladie plus fréquente chez les femmes. La différence opposée s'explique facilement par les travaux beaucoup plus rudes auxquels se livrent la plupart des hommes.

Un grand nombre d'auteurs considérant l'impression d'un air ou d'un liquide froid comme une cause prédisposante et même occasionnelle des affections ulcéreuses, ont admis que ces lésions se développaient le plus souvent pendant l'hiver, et qu'elles se montraient surtout chez les balayeurs de rue, les pêcheurs, les teinturiers, les débardeurs, les blanchisseuses, etc.; l'influence des saisons et celle des professions qui exposent les membres inférieurs à l'action du froid et de l'humidité a été mise en doute par Parent-Duchâtelet. Mais on peut objecter à cet auteur que si les ulcères deviennent

réellement plus fréquents dans la saison des chaleurs, ainsi que semblent l'établir ses relevés statistiques, ce phénomène pourrait dépendre beaucoup moins de la température elle-même, que de l'activité qui règne dans tous les travaux à cette époque de l'année, en sorte que ces affections ne se multiplieraient alors que parce que les individus qui y sont prédisposés par leur profession s'exposeraient beaucoup plus à l'action des causes qui les produisent; disons de plus qu'il existe une variété d'ulcères qu'on observe exclusivement dans les temps froids, ce sont les engelures.

Si l'influence des professions qui exposent les membres inférieurs au contact de l'eau ou de l'humidité a été contestée, il n'en est pas de même de celles qui nécessitent une station verticale plus ou moins permanente. L'observation a depuis longtemps démontré que les serruriers, les imprimeurs, les commissionnaires, les menuisiers, les maçons, les cuisiniers, etc., sont très souvent affectés d'ulcères; la fatigue que détermine ce mode de station, le ralentissement qu'éprouvent dans leur cours le sang et la lymphe, lorsque cette fatigue devient excessive, l'œdème qui en résulte, sont autant de circonstances qui prédisposent alors les membres inférieurs au développement d'une inflammation ulcérative.

Les ulcères se présentent sous l'aspect de solutions de continuité beaucoup plus étendues en surface qu'en profondeur, à contours souvent irréguliers, mais cependant nettement accusés, à fond grisâtre, recouvert de bourgeons charnus qui diffèrent en général de ceux qu'on observe sur une plaie, et exhalent un fluide ichoreux d'une odeur fétide. Les dimensions superficielles qu'ils présentent diffèrent suivant la nature de la cause qui les produit, suivant le siége, et surtout suivant leur ancienneté. Ceux qui datent de plusieurs années, ou qui ont présenté des alternatives de guérison et de réapparition occupent souvent la plus grande partie de la circonférence de la jambe, en s'étendant soit au dessus des malléoles soit au-dessous, sur la face dorsale du pied. Leur forme varie à l'infini; habituellement elliptique, et allongée dans le sens de l'axe des membres, elle peut être aussi irrégulièrement polygonale, comme celle de quelques ulcères sus-malléolaires

linéaire comme dans la fissure à l'anus, étoilée comme dans la plupart des engelures, ou hémisphérique, circulaire, etc.; cette dernière forme est signalée par les auteurs les plus anciens comme la plus défavorable; les ulcères *ronds*, en effet, se guérissent en général plus difficilement, ou du moins avec une extrême lenteur lorsqu'ils affectent une certaine étendue. Les bords qui limitent les solutions de continuité ulcéreuses, paraissent quelquefois comme taillés à pic; d'autrefois ils sont coupés en biseau, et tantôt alors leur coupe oblique regarde en dehors, tantôt elle regarde en dedans; dans le premier cas l'ulcère affecte les apparences d'une érosion, dans le second sa circonférence est libre, flottante, un stylet introduit sous ses bords constate qu'ils sont circulairement décollés; cette variété constitue l'ulcère atonique ou cutané de la plupart des auteurs dogmatiques. Leur fond est légèrement inégal, peu douloureux, au moins chez le plus grand nombre des malades; cependant il n'est pas extrêmement rare qu'ils deviennent le siége de douleurs nocturnes, soit spontanément, soit à la suite d'un écart de régime. Les bourgeons charnus qu'ils présentent sont souvent inégaux, très bien formés sur certains points, et très petits ou nuls sur d'autres; ne diffèrent pas moins sous le rapport de leur coloration, qui est généralement plus pâle que celle des granulations développées à la surface des plaies, et particulièrement sous celui de leur fermeté, bien inférieure aussi à celles des granulations de bonne nature; le fluide sécrété par ces bourgeons charnus, offre très rarement les qualités du pus phlegmoneux; dans les circonstances où il s'en approche le plus, il est facile de reconnaître qu'il est plus séreux, moins lié, moins homogène; le plus souvent il est d'un gris sale, et d'une odeur nauséabonde.

Ces solutions de continuité exercent habituellement peu d'influence sur l'économie, pour laquelle elles deviennent lorsqu'elles sont très anciennes, des émonctoires en quelque sorte physiologiques. Aussi l'état général de la santé, de la constitution, et du régime peuvent-ils leur imprimer de remarquables modifications; toute affection générale qui trouble momentanément l'état de santé des malades, le moindre écart de régime, un simple état subural suffisent souvent pour

les rendre douloureuses et leur imprimer soit un caractère inflammatoire, soit même une marche rétrograde s'ils tendaient à la cicatrisation. On a surtout signalé les fâcheuses conséquences que produisent chez beaucoup de malades l'usage des liqueurs alcooliques; chez quelques uns la plus faible quantité de vin ou de liqueurs provoque des douleurs nocturnes si vives qu'ils doivent se condamner à une privation complète de toute boisson de ce genre.

Une fois formés, les ulcères persistent aussi longtemps que la cause qui leur a donné naissance continue à agir, et suivant que l'influence de celle-ci disparaît ou acquiert plus d'intensité, on les voit se modifier et revêtir franchement les caractères d'une plaie qui suppure, ou bien s'étendre et devenir le siége de diverses complications. S'ils tendent à la guérison; leurs bords s'affaissent et contrastent moins avec leur fond, qui semble s'élever; le liquide, qui était sanieux et fétide, devient plus opaque, plus homogène, plus purulent en un mot; les bourgeons charnus, primitivement inégaux, blafards, infiltrés ou sanguinolents, se montrent plus régulièrement hémisphériques, plus fermes; ils se réunissent par leur base et passent à l'état de membrane granuleuse; dans cette condition la solution de continuité perd son caractère ulcéreux et mérite le nom de plaie; pour l'ulcère qui guérit, la plaie est donc un état transitoire qui représente le premier degré de sa guérison; mais les affections ulcéreuses passent-elles constamment par l'état de plaie, pour arriver à l'état de cicatrice? Presque constamment cette marche est celle qu'elles suivent; cependant leur guérison est quelquefois si rapide qu'elles semblent se cicatriser d'emblée, si l'on peut ainsi s'exprimer; sur certains ulcères qui sécrétaient un liquide séreux, cette sécrétion se supprime; la solution de continuité se dessèche, et un tissu cicatriciel, d'abord faible, mais qui prend peu à peu de la consistance, s'étale sur plusieurs points de son étendue, et ne tarde pas à se réunir pour la recouvrir entièrement. Mais ce second mode de cicatrisation est exceptionnel; le premier représente la marche ordinaire de la guérison des ulcères.

Si la cause qui a produit l'ulcère et qui l'entretient, vient à agir avec plus d'intensité, ou, si à cette première cause il s'en

joint une seconde, la solution de continuité pourra faire de nouveaux progrès et se compliquer d'inflammation, de gangrène, de pourriture d'hôpital, de fongosités, de callosités; à ces complications assez fréquentes on peut joindre celles qui résultent de la présence des vers, de la production d'une hémorrhagie, ou du développement d'une phlébite, d'une angioleucite, d'une périostose.

L'ulcère compliqué d'inflammation est plus ou moins douloureux; souvent les douleurs dont il est le siége acquièrent un caractère d'acuité remarquable, particulièrement la nuit; la sanie qu'il exhale est séreuse, d'un gris sale, ou de couleur sanguinolente, en général considérable, en sorte qu'il est nécessaire de le panser plus souvent; les bourgeons charnus qui occupent son fond, sont rouges, peu proéminents et saignent facilement au plus léger contact. Sur les bords l'inflammation présente tous les signes de l'érysipèle : une coloration rosée, rougeâtre ou livide qui se prolonge à quelque distance sur une partie des téguments ordinairement saine; ces bords offrent en même temps une tuméfaction plus considérable, et deviennent plus irréguliers; si cet état inflammatoire n'est pas combattu par des moyens convenables, la perte de substance s'agrandit rapidement, le tissu cellulaire sous-cutané, puis le tissu inter-musculaire est détruit; les tissus fibrineux, nerveux, musculeux, etc., se mortifient consécutivement, et la solution de continuité, par sa forme irrégulière, l'abondance du liquide sanieux qu'il fournit, et sa rapide extension revêt cet aspect que quelques auteurs ont désigné sous la dénomination d'ulcère phagédénique.

Lorsque la gangrène vient compliquer les ulcères, on observe ordinairement à leur surface une ou plusieurs escarres, en général superficielles, et se réunissant entre elles par les progrès de la mortification, ou se détachant isolément; dans quelques circonstances tout à fait exceptionnelles elle affecte l'aspect d'une fonte putride, et mérite alors le nom de pourriture d'hôpital; dans ce cas elle débute tantôt sous la forme ulcéreuse, et tantôt sous la forme pulpeuse. Les escarres sont presque toujours le résultat de l'inflammation, et la pourriture d'hôpital l'effet d'une constitution épidémique; de là une dis-

truction importante dans le traitement de ces deux modes de mortification.

Les fongosités, qui constituent une complication fréquente des ulcères, sont caractérisées par le développement exagéré des bourgeons charnus qui occupent leur surface. Elles ne présentent pas toujours un développement également prononcé : tantôt les bourgeons charnus, au lieu d'être serrés, consistants et rouges, sont pâles, mous, larges et confondus par leur base ; tantôt ils dépassent le niveau des parties environnantes, forment des excroissances spongieuses, plus molles, quelquefois cependant plus fermes que les bourgeons de bonne qualité, ou s'épanouissent en champignons à surface inégale, à base plus ou moins rétrécie. Leur aspect ne varie pas moins ; tantôt ils sont pâles, œdémateux, demi-transparents ; tantôt flétris et semblables à des chairs baveuses, tantôt rouges et saignants, parfois douloureux, le plus souvent indolents.

Selon B. Bell, la nature de la sécrétion de l'ulcère n'est pas modifiée par la présence des fongosités.

L'état fongueux se manifeste dans des conditions variées. Chez les jeunes gens de bonne constitution, les bourgeons charnus des plaies qui suppurent ayant une grande tendance à prendre un développement exagéré, deviennent facilement exubérants, si le pansement n'est pas fait avec les soins convenables. Bell observe aussi que si les granulations des bords se développent avant celles du fond, on voit les premières dépasser le niveau des chairs et prendre le caractère fongueux, soit qu'il y ait dans ces cas quelque corps étranger, ou quelque produit de sécrétion séjournant au fond de la plaie. Boyer attribue leur développement à trois ordres de causes : à l'abus des topiques gras et relâchants, à la débilité générale de la constitution et à l'altération d'un os ou d'un tendon sous-jacent.

Si l'aspect fongueux se révèle de lui-même, il faut quelquefois une certaine attention pour saisir les causes qui l'ont produit, et qu'il importe de faire disparaître. L'étude des diverses circonstances de la maladie, de la constitution du sujet, du mode de pansement suivi, et l'examen attentif de l'ulcère lui-

même et de l'humeur qu'il fournit, permettent d'établir ce diagnostic.

Lorsqu'un ulcère existe depuis longtemps sur une partie, il est rare qu'il n'ait pas éprouvé des irritations plus ou moins intenses, dont l'action amène, selon Boyer, des changements notables, non seulement dans l'aspect de l'ulcère lui-même, mais aussi dans l'état des tissus voisins. L'ulcère est alors, comme on dit, *compliqué de callosités ou calleux.* Ses bords, toujours plus ou moins résistants, offrent parfois une dureté extrême; ils sont saillants, plus ou moins arrondis, limitant d'une manière en général assez régulière un fond qui paraît déprimé plus encore à cause de la tuméfaction des parties voisines qu'à cause d'une perte de tissu véritable. La surface de l'ulcère offre une teinte légèrement blafarde ou d'un rouge peu prononcé, sans aucune apparence de bourgeons charnus; elle est lisse en un mot, et fournit une matière séreuse peu abondante; la douleur est peu vive dans ce genre de complication, qui peut persister pendant des années entières sans gêner considérablement les malades qui en sont atteints; mais si de cette manière se trouve justifiée dans quelques cas l'opinion de Boyer, qui regardait les callosités comme une circonstance favorable, et s'opposant à l'envahissement progressif des ulcères, il faut dire aussi que dans d'autres où il existe en même temps une dilatation considérable des veines, les callosités s'étendent de proche en proche jusqu'à une distance assez éloignée du siége primitif de l'ulcère, et que celui-ci, détruisant avec une grande rapidité les tissus ainsi indurés, peut finir par produire une perte de substance considérable, et même déterminer dans les os des altérations plus ou moins prononcées.

Dans la classe indigente, les plaies et les ulcères sont rarement pansés avec les soins de propreté que ces lésions réclament; trop souvent les malheureux qui en sont affectés n'appliquent sur ces solutions de continuité que des linges peu convenables, plus ou moins sales, et imprégnés d'une sanie fétide, sur lesquels peuvent être déposées des larves d'insectes; ces larves, mises en contact avec l'ulcère, c'est-à-dire avec une surface qui réunit les deux conditions nécessaires à leur développement, la chaleur et l'humidité donnent bientôt nais-

sance à des vers qui s'accroissent et se multiplient; de là cette variété d'ulcères qui a été appelée ulcère vermineux. Mais ces ulcères ne diffèrent pas essentiellement par eux-mêmes, les vers qu'on observe à leur surface constituent seulement un accident, non une complication, qu'on peut très facilement faire disparaître, et ils reprennent alors leur état de simplicité primitive.

L'hémorrhagie ne complique un ulcère qu'autant que celui-ci pénètre à une certaine profondeur, et entame un vaisseau de quelque importance envahi par le travail ulcératif avant sa complète oblitération. La phlébite est un accident assez rare de cette affection : il paraît en être de même de la lymphite, dont M. Demeaux a rapporté dans le *Bulletin de la Société* une très belle observation. Dans quelques cas rares aussi, l'affection ulcéreuse étend son influence sur les os, lorsqu'ils occupent une position superficielle; plusieurs rapportent des exemples d'inflammation du périoste, du tibia, et d'une tuméfaction périphérique de cet os dans le point correspondant aux ulcères de la jambe.

TRAITEMENT DES ULCÈRES.

Avant d'exposer les moyens divers qui ont été employés pour le traitement des ulcères, examinons d'abord une question préalable qui a divisé longtemps et qui divise encore aujourd'hui les chirurgiens : Y a-t-il des ulcères dont la cure ne doive pas être tentée? Les auteurs du *Compendium* font remarquer avec raison que cette question ne saurait être posée à l'occasion des ulcères qu'ils désignent sous le nom de diathésiques; car on ne peut mettre en doute la nécessité de traiter la syphilis et le scorbut; or, en traitant ces affections, on traite en même temps les ulcères qui en dépendent; il en est de même de certains ulcères symptomatiques, tels sont, par exemple, ceux qui sont entretenus par la carie, la variole.

Lorsqu'un ulcère est récent, quelle qu'en soit d'ailleurs la cause, on doit chercher à en obtenir la cicatrisation. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point. Mais il n'en est plus de

même lorsqu'il s'agit d'ulcères anciens et très étendus, que l'on peut supposer exercer sur toute l'économie une influence qu'il serait dangereux de supprimer brusquement. On a dit en effet, avec une apparence de raison, qu'un ulcère représente jusqu'à un certain point un appareil sécréteur qui, par son ancienneté, a pris en quelque sorte droit de domicile dans l'économie, et entretient l'équilibre entre les principales fonctions. Il est vrai que l'on a plusieurs fois observé des accidents graves chez des sujets dont les ulcères tendaient à se dessécher; mais on peut se demander d'abord si cette modification locale n'était pas plutôt l'effet que la cause des accidents observés. Remarquons en outre que les accidents observés après la cicatrisation ont été notés surtout chez des sujets atteints depuis longtemps d'affections organiques des principaux viscères qui pouvaient à elles seules rendre compte de l'apparition de ces phénomènes morbides chez des vieillards qui, par leur âge, étaient prédisposés aux affections thoraciques et cérébrales, si graves et si fréquentes dans la vieillesse.

Sans attacher trop d'importance aux considérations que nous venons de présenter, il nous semble qu'elles sont de nature à faire naître dans l'esprit quelques doutes relativement à l'influence fâcheuse que la plupart des auteurs ont attribuée à la cicatrisation des ulcères anciens. Aussi les chirurgiens de notre époque, sans méconnaître ce qu'il peut y avoir de fondé dans les craintes exprimées par les auteurs anciens, s'accordent maintenant à traiter tous les ulcères; mais ils recommandent en même temps une médication spéciale, destinée à prévenir les fâcheux effets que l'on attribue à la suppression brusque d'une suppuration de longue durée.

Nous ne saurions avoir la prétention de passer en revue toutes les médications qui ont été préconisées tour à tour dans le traitement des ulcères. Nous serions forcés de rappeler les traitements les plus bizarres, suggérés tantôt par les théories les plus étranges, tantôt par l'empirisme le plus aveugle : un pareil travail n'offrirait d'ailleurs aucune utilité pratique. Nous parlerons successivement : 1° du repos; 2° de la situation du membre malade; 3° des émollients et des émissions sanguines; 4° des excitants; 5° de la compression; 6° de la cautéri-

sation; 7° de l'excision et de l'abrasion. Nous terminerons en indiquant le traitement qui convient à certaines complications.

1° *Du repos.* — L'observation a appris que le repos de la partie malade est une des conditions les plus favorables à la cicatrisation des ulcères ; le chirurgien devra donc le prescrire dans la plupart des cas comme un auxiliaire puissant des autres méthodes curatives.

2° *Situation du membre malade.* — Le membre peut être placé dans une position horizontale, ou dans une position ascendante, c'est-à-dire de telle sorte qu'il représente un plan incliné dont le pied soit la partie la plus élevée.

La première s'obtient soit par le décubitus, soit en plaçant la jambe sur une chaise garnie d'un coussin, lorsque le malade est assis lui-même sur un autre siége.

La position *ascendante* s'obtient au moyen d'un plan incliné formé par des oreillers, des coussins de balle d'avoine, ou mieux par une chaise renversée et placée sous le matelas du lit, ou garnie d'un coussin. Dans tous les cas, le membre placé sur le plan incliné doit y être maintenu par des liens convenablement disposés.

La situation horizontale avec le repos au lit, a suffi, sans l'intervention d'aucun moyen local, pour guérir certains ulcères ; mais la guérison a été fort longue à obtenir.

La situation élevée ou ascendante donne des résultats beaucoup plus prompts. Elle est la plus propre à faciliter le retour du sang veineux vers le tronc ; elle prévient les stagnations sanguines, causes si puissantes d'ulcération, favorise les dégorgements des bords et du fond de la solution de continuité. Le professeur Gerdy en a démontré tous les avantages, soit qu'on l'emploie seule, soit qu'on l'adjoigne à d'autres moyens.

Il a pu constater qu'à l'aide de cette position on obtient en peu de jours la cicatrisation d'ulcères très étendus. Voici la série des phénomènes observés pendant le cours du traitement. Nous empruntons les détails qui vont suivre à un travail important publié par M. Marc Dupuy, dans lequel se trouvent

reproduites les idées professées par M. Gerdy, et des faits tirés de sa pratique.

Dès le premier jour, la sécrétion diminue et se concrète sur la surface de l'ulcère ; sa base et les parties qui l'avoisinent se dégorgent; ses bords se rapprochent; les bourgeons, au lieu de la coloration brune violacée qu'ils offraient dans la déclivité, deviennent rouge vif; la douleur, les signes d'inflammation, s'ils existaient, disparaissent avec promptitude, et l'on voit au bout de quelques jours, sur tous les points de l'ulcère, une pellicule d'une finesse extrême, mais qui prend bientôt de l'épaisseur et de la consistance. Il est remarquable que cette pellicule se forme simultanément sur toute la surface de l'ulcère, au lieu de procéder des bords vers le centre. Il importe de conserver cette position quelques jours encore après la cicatrisation, afin de donner plus de solidité à la cicatrice. Si, trop confiant dans sa guérison, le malade se livrait prématurément à la marche, cette pellicule serait exposée à une destruction nouvelle. (*Archives gén. de méd.* 4e série, t. XII, p. 348.)

3° *Topiques émollients et émissions sanguines.* — Ces moyens sont employés avec succès dans le traitement des ulcères. Les cataplasmes de farine de graine de lin et de fécule sont utiles pour combattre l'irritation plus ou moins vive de l'ulcère ou des parties qui le supportent. Ces moyens, unis à la position horizontale, étaient d'un usage habituel dans les hôpitaux de Paris, avant l'époque du voyage chirurgical de M. Roux en Angleterre, époque qui marque une véritable révolution dans la thérapeutique de ces affections. Les émissions sanguines locales, pratiquées au moyen de sangsues appliquées sur les bords de la solution de continuité, offrent de véritables avantages, dans les cas surtout de complication inflammatoire. Cependant on y a rarement recours aujourd'hui; les émollients, joints à l'élévation du membre, suffisent ordinairement à ces indications.

4° *Excitants.* — On les a employés en grand nombre et sous des forme variées. M. le professeur Gerdy, qui s'est livré à de nombreuses expériences comparatives sur l'emploi de ces moyens et de beaucoup d'autres dans le traitement des ulcères,

est arrivé à ces conclusions, 1° qu'employés *seuls*, sans le secours de la compression et de la position, ils sont à peu près impuissants; 2° qu'ils donnent des résultats plus ou moins favorables, quand on leur adjoint la position horizontale; 3° que les résultats sont bien plus favorables quand on combine leur action à celle de la compression.

Les excitants solides, les poudres de quinquina, de plantes aromatiques, le sel marin, le nitrate de potasse, le styrax, le diachylum, appliqué en guise d'emplâtre, n'ont pas hâté sensiblement la cicatrisation. Il n'en a pas été de même de certains topiques ou excitants liquides, tels que le vin, les décoctions de quinquina et de plantes aromatiques, qui se sont montrées beaucoup plus favorables à la guérison que les autres excitants moins solides ou liquides, y compris les solutions chlorurées elles-mêmes, qui ont offert cependant d'incontestables avantages.

Les considérations qui précèdent nous paraissent applicables à diverses poudres végétales qui ont été conseillées, notamment à la poudre de charbon.

5° *Compression.* — C'est un moyen précieux dans la thérapeutique des ulcères. Soit qu'on l'associe à d'autres moyens curatifs, soit qu'on l'emploie pour consolider le traitement et prévenir les récidives, elle agit en s'opposant aux congestions veineuses locales; elle agit encore en facilitant la résolution des engorgements voisins de l'ulcère.

La compression doit toujours être exercée d'une manière égale, uniforme, à partir de l'extrémité libre du membre jusqu'à une certaine distance au-dessus de l'ulcère. On l'obtient au moyen du bandage spécial ou du bas lacé.

Pour juger de sa valeur, M. le professeur Gerdy l'a expérimentée, à l'exclusion de tout autre moyen, sauf l'application d'un linge enduit d'une couche mince de cérat, destinée à prévenir l'adhérence des bandes; puis il a laissé marcher ses malades, ou bien il les a maintenus au lit dans la position horizontale. Dans le premier cas, la compression a eu fort peu d'utilité, car au bout de quinze jours de son emploi, il n'y avait pas encore de progrès sensibles vers la guérison; dans le second cas, les résultats ont été plus favorables, mais la gué-

rison a exigé encore un temps assez long. M. le professeur Blandin s'est livré à des expérimentations qui l'ont conduit à des résultats semblables.

Si la compression n'a qu'une utilité douteuse quand elle est employée seule, réelle mais restreinte quand on lui adjoint le repos et la position horizontale, elle devient des plus efficaces quand on combine son action avec celle des excitants.

Cette combinaison s'obtient par le pansement avec les bandelettes de diachylum : c'est la méthode de Baynton, si généralement et si utilement employée aujourd'hui, depuis que M. le professeur Roux l'a fait connaître en France, dans la relation du voyage chirurgical qu'il fit à Londres en 1814. En vulgarisant ce procédé, M. Roux a rendu, selon l'expression de M. Gerdy, un véritable service à l'art et à l'humanité.

Voici la méthode de Baynton : après avoir enlevé à l'aide du rasoir tous les poils qui pourraient se coller aux bandelettes et rendre leur ablation douloureuse, on taille des bandelettes de diachylum, de deux pouces de largeur et d'une longueur telle qu'après avoir fait le tour du membre il reste encore un bout de 4 à 5 pouces. Pour les appliquer on place leur partie moyenne sur le côté sain du membre, et leurs extrémités sont croisées sur l'ulcère. On commence par la partie inférieure, que l'on applique immédiatement au-dessous de la partie malade : on place ensuite successivement les autres de telle sorte qu'elles se recouvrent dans le tiers environ de leur largeur, et l'on finit par la supérieure, qui doit reposer sur des tissus intacts. Toute la surface de l'ulcère doit être complétement recouverte ainsi que la partie voisine du membre, jusqu'à un pouce au-dessous et à trois pouces au-dessus. Pardessus les bandelettes on met des compresses pliées en plusieurs doubles, et l'on termine par un bandage roulé, partant des orteils et remontant jusqu'au genou. Ce bandage qui doit être serré et appliqué d'une manière très méthodique est destiné à prévenir l'engorgement œdémateux du membre, qui serait le résultat de la compression circulaire exercée par les bandelettes. Il est préférable de faire ce pansement le matin, avant tout gonflement des parties malades. Baynton recommande de le changer toutes les vingt-quatre heures.

Diverses modifications plus ou moins importantes ont été apportées dans le mode de pansement de Baynton. M. Gerdy donne moins de largeur aux bandelettes, deux à trois centimètres environ; elles s'adaptent mieux à la forme du membre. Le même chirurgien leur donne assez de longueur pour faire deux fois à peu près le tour du membre, et il ne renouvelle le pansement que tous les quatre ou cinq jours. Cette manière de faire est généralement adoptée. Pour enlever les bandelettes, il faut glisser au-dessous, la pointe mousse des ciseaux droits, du côté opposé à l'ulcère, les couper toutes dans ce point, puis saisir de chaque main leurs extrémités coupées, les détacher doucement des téguments, et découvrir ainsi l'ulcère en les décollant des deux côtés à la fois.

La compression exercée par les bandelettes cause quelquefois de la douleur, mais cette douleur diminue bientôt, et ne doit pas empêcher d'augmenter la compression graduellement et de la porter aussi loin que les malades pourront la supporter.

Les bandelettes provoquent dans certains cas le développement d'un érysipèle ou d'un eczéma sur les parties voisines de l'ulcère. Cette complication peut obliger à suspendre leur usage et à recourir aux cataplasmes de farine de graine de lin ou de fécule; on peut quelquefois se borner à garnir ces parties d'un linge fin enduit de cérat, par-dessus lequel les bandelettes seront appliquées. Dans le cas d'ulcère très étendu, il convient de couvrir tout ou partie de sa surface du même linge fin enduit de cérat, afin d'éviter le développement des accidents dus à l'intoxication saturnine, car M. Tausslier a vu ces accidents provoqués par l'absorption de l'oxyde de plomb, qui entredans la composition de l'emplâtre.

Baynton attribue aux bandelettes les avantages de diminuer la suppuration, d'en modifier l'odeur, de calmer la douleur, d'affaisser les bourgeons charnus, et surtout de fondre les callosités, de rapprocher les bords de l'ulcère, par conséquent de diminuer l'étendue de la cicatrice, enfin de permettre aux malades de marcher et de se livrer à leurs occupations. Ce dernier point a surtout été controversé; mais bien qu'il soit incontestable que le repos et la position horizontale, joints à la

méthode de Baynton, procurent des guérisons plus promptes, de nombreux faits prouvent que cette méthode seule peut suffire pour amener la guérison.

Bien plus, M. le docteur Ph. Boyer soutient qu'il est préférable de faire marcher les malades, pendant toute la durée du traitement, et telle est sa confiance dans cette méthode, qu'il l'applique dans tous les cas, quel que soit l'état de l'ulcère ; qu'il soit compliqué d'inflammation, de gangrène, de callosités, de varices, de décollement de la peau, d'eczéma, etc. ; qu'il soit lié à une cause locale ou à une cause générale; seulement dans ce dernier cas, il y joint une médication interne appropriée.

En résumé, la méthode de Baynton nous paraît applicable dans la généralité des cas d'ulcères simples ; nous en exceptons cependant ceux qui sont compliqués d'inflammation, de gangrène, de pourriture, d'érysipèle, et d'éruption eczémateuse étendue. Lorsque ces complications existent, avant le commencement du traitement, il faut les combattre avant d'y avoir recours; si elles viennent à se développer pendant sa durée, il faut le suspendre.

Nous rapprochons de la compression la méthode de M. le professeur Velpeau, méthode qui consiste à appliquer sur le membre un appareil dextriné présentant une fenêtre qui correspond à l'ulcère. Cet appareil, outre l'avantage d'immobiliser les différentes parties du membre, donne la facilité d'inspecter chaque jour l'ulcère, et d'appliquer à sa surface les divers topiques que son état exige.

6° *Cautérisation.* — La cautérisation se pratique tantôt avec le cautère actuel, tantôt avec divers caustiques, soit solides, soit liquides. Cependant nous devons dire que les caustiques sont généralement préférés maintenant. On les emploie tantôt dans le but de détruire les végétations exubérantes, tantôt pour modifier la surface d'un ulcère et le disposer à la cicatrisation, tantôt pour substituer, pour ainsi dire, un ulcère simple à un ulcère spécifique. Ils sont encore employés avec avantage pour détruire des lambeaux de peau décollés et privés de la vitalité suffisante pour s'agglutiner aux parties sous-jacentes; pour arrêter un travail désorganisateur qui

tend à se propager, soit en profondeur soit en surface.

Le choix des divers agents de la cautérisation est subordonné aux différentes indications que nous venons d'indiquer; disons d'une manière générale que les caustiques les moins actifs sont réservés pour les cas où l'on ne se propose que d'imprimer une modification peu profonde à la surface ulcéreuse; que les plus énergiques sont nécessaires, lorsque l'on se propose de détruire les tissus dans une certaine étendue; enfin, que le cautère actuel semble spécialement convenir dans les cas où le travail destructeur tend à envahir avec rapidité les tissus limitrophes de l'ulcère. On a, en effet, plusieurs fois observé qu'après la chute des escarres produites par le fer rouge, le fond de l'ulcère se recouvre de granulations pyogéniques de bonne nature, fournit un pus bien lié, semblable à celui qui succède à une brûlure profonde, et tend à se couvrir d'une cicatrice.

Si la cautérisation appliquée d'une manière rationnelle est un moyen de favoriser la cicatrisation des ulcères, il faut convenir qu'elle peut l'entraver lorsqu'elle est employée sans discernement.

C'est ce que l'on voit souvent lorsque, pour hâter la cicatrisation, on touche indistinctement tous les points de la surface d'un ulcère; les granulations fongueuses et luxuriantes, aussi bien que celles qui présentent un aspect favorable, les points déjà recouverts par une pellicule cicatritielle, et ceux qui en sont dépourvus. Il ne faut pas oublier non plus qu'après la chute des escarres qu'a produites une première cautérisation, un certain temps est nécessaire pour que la cicatrice se forme, et que si, par une nouvelle application de caustique faite prématurément, on vient reproduire une nouvelle escarre, le même travail d'élimination devra s'accomplir, et retarder ainsi la guérison; c'est ainsi que tous les praticiens ont vu ces ulcérations du col utérin perpétuées par des applications de caustiques, faites à des époques trop rapprochées.

M. Guyot a préconisé, depuis quelques années, l'emploi de la chaleur dans le traitement des ulcères. Ce moyen consiste à tenir la partie malade dans un appareil où l'on maintient, à l'aide d'une lampe, une température qui varie entre 33 et

60 degrés; les essais dont nous avons été témoins, dans le service de Breschet, ne nous ont point paru répondre aux espérances que l'on avait d'abord conçues; aussi ce moyen est-il presque abandonné maintenant; il en est de même de l'emploi du calorique par rayonnement.

L'abrasion ou l'excision des tissus exubérants à la surface des ulcères, le retranchement, à l'aide d'un bistouri ou de ciseaux, de portions de peau décollée, amincie, ont été plusieurs fois appliquées. Nous ne ferons que les mentionner ici, il en sera question à l'occasion des complications qui peuvent en réclamer l'emploi.

Quel que soit le traitement suivi, et dans le cas même où son action avait d'abord paru des plus favorables, on voit parfois l'ulcère rester stationnaire, et comme indifférent à l'influence de ce moyen. Tous les chirurgiens ont pu faire ces remarques. Il convient alors de modifier ou de changer momentanément le mode de traitement.

Moyens généraux. — Aux médications locales que nous venons d'exposer, il est quelquefois utile de joindre certaines médications susceptibles de modifier l'économie dans son ensemble. L'emploi de ces moyens est nécessité, soit par les complications qui peuvent survenir, soit par l'état général du sujet, soit enfin pour obéir aux indications qui naissent de la suppression de l'ulcère. — Sauf le cas de complication inflammatoire chez un sujet fort et pléthorique, où les évacuations sanguines peuvent être indiquées, sauf le cas d'embarras gastrique qui influe notablement sur l'état de l'ulcère, et qui réclame un vomitif, le régime substantiel et les médicaments toniques, les amers, le fer sont plus souvent utiles. — Enfin si des accidents de congestion pulmonaire ou cérébrale devenaient imminents pendant la durée du traitement, il faudrait recourir à des purgatifs, à une évacuation sanguine, et même rappeler l'ulcère par le moyen d'un vésicatoire appliqué sur la cicatrice. — Lorsque l'ulcère est fort ancien, très étendu, et qu'il fournit une suppuration abondante, beaucoup de chirurgiens conseillent de recourir à l'emploi répété des purgatifs, en même temps qu'un cautère est appliqué au bras et continué pendant quelque temps après la guérison.

Après leur cicatrisation, les ulcères se reproduisent avec une extrême facilité; il convient donc d'insister sur les moyens préservatifs; ces moyens consistent à éviter les causes, à protéger la cicatrice encore délicate, à l'aide d'un appareil destiné à produire une compression légère et uniforme, à faire sur la partie des lotions avec des liquides astringents.

1° La complication *inflammatoire* réclame les applications émollientes, les cataplasmes laudanisés, le repos au lit, et surtout la position élevée du membre. Rarement les émissions sanguines locales, les applications de sangsues autour de l'ulcère sont nécessaires; plus rarement encore la saignée générale, à moins qu'il ne s'agisse d'un sujet robuste et pléthorique. Assez souvent l'état inflammatoire de l'ulcère semble lié à un embarras gastrique; dans ce cas un vomitif et quelques boissons rafraîchissantes produisent le meilleur effet.

2° La gangrène, la pourriture d'hôpital qui se montrent sur un ulcère sont quelquefois combattues avantageusement par les applications chlorurées; cependant, si ces complications affectaient une marche envahissante, il faudrait recourir à des moyens plus énergiques.

3° *Etat fongueux.* Si les bourgeons charnus d'un ulcère tendent à prendre un accroissement exagéré, il faut prévenir ce développement fongueux par une compression douce et égale; une feuille de plomb mince et lisse appliquée à la surface de l'ulcère et convenablement maintenue par un bandage roulé, et mieux encore la compression par les bandelettes à la manière de Baynton, remplissent parfaitement cette indication.

Les fongosités offrent par elles-mêmes des indications qui varient suivant leur degré de développement et leur nature: sont-elles très développées, mollasses, pédiculées, on les excise ou bien on les détruit par le cautère actuel. S'agit-il de bourgeons simplement exubérants, on les réprime au moyen de caustiques plus ou moins énergiques, selon les cas; s'ils sont mous, en les saupoudrant d'alun calciné, en les touchant avec la pierre infernale; s'ils sont plus consistants, en les couvrant d'un mélange d'alun en poudre et de sulfure rouge de mercure, en les cautérisant avec l'azotate ou le bichlorure de mercure en solution. S'ils sont indolents, œdémateux, atoni-

ques, on devra les stimuler par des lotions astringentes, la décoction de tan, de quinquina, la solution de sulfate de fer; on les pansera avec la charpie sèche ou la poudre de quinquina.

4° *Les callosités* qui entourent les ulcères anciens rendent leur guérison plus longue et plus difficile à obtenir. On a recommandé contre cette complication divers emplâtres fondants, des lotions excitantes ou caustiques, l'application d'un vésicatoire sur la surface de l'ulcère, l'incision pratiquée dans le but de favoriser le dégorgement des bords de l'ulcère et d'en modifier la vitalité, et enfin l'excision des parties indurées. Boyer recommandait l'emploi des moyens les plus simples; les cataplasmes émollients, le séjour au lit, le pansement avec un digestif, puis avec la charpie sèche; le cataplasme devait être continué jusqu'à ce que les callosités des bords de l'ulcère fussent entièrement dissipées, et la surface de l'ulcère tout à fait détergée. Aujourd'hui, la compression méthodique avec les bandelettes agglutinatives est le moyen le plus ordinairement employé contre les ulcères de cette espèce. Pour en rendre l'effet plus sûr et plus prompt, plusieurs chirurgiens n'y ont recours qu'après avoir fait usage des cataplasmes émollients pendant quelques jours, et ils unissent à la compression le repos et la position.

5° *Les décollements* des bords de l'ulcère demandent aussi quelques soins particuliers. Si les téguments décollés sont épais et vasculaires, il suffit souvent d'introduire au-dessous de la charpie sèche ou d'y passer le crayon de nitrate d'argent, afin d'en modifier la surface, puis de les soumettre à une compression méthodique, pour en obtenir le recollement. Si les parties décollées sont amincies, le recollement en est impossible; on doit en pratiquer l'excision ou les détruire par le caustique de Vienne.

6° Enfin, la présence des vers à la surface des ulcères, due à la négligence et à la malpropreté des malades, n'exige d'autres soins que des lotions simples, chlorurées ou acides, et des pansements plus fréquents.

Ulcères entretenus par un obstacle à la circulation veineuse (ulcères variqueux).

Toutes les causes capables d'entraver la circulation veineuse peuvent, ainsi que l'a très judicieusement établi M. le professeur Blandin, favoriser le développement d'ulcères qui présentent une physionomie particulière et qui méritent une description spéciale.

Les auteurs les ont décrits sous le nom d'ulcères variqueux, parce qu'en effet, parmi les ulcères de cette classe, ceux qui sont dus à la présence des varices sont les plus fréquents et en offrent le type le plus complet; mais il est évident que cette dénomination n'est fondée que sur une des circonstances de la maladie, et non la plus importante, puisque, et la plupart des auteurs sont explicites sur ce point, les varices ne sont cause d'ulcères qu'autant qu'elles font obstacle à la libre circulation veineuse. Boyer a soin de faire remarquer que les varices, quel que soit leur volume, ne s'opposent pas à la cicatrisation des plaies qui surviennent aux membres inférieurs, s'il n'existe pas en même temps cette tuméfaction œdémateuse qu'il désigne sous le nom d'engorgement lymphatique, tandis que la moindre excoriation sur une jambe variqueuse et œdémateuse s'enflamme, suppure, et devient ulcéreuse.

Diverses circonstances peuvent gêner le retour du sang veineux et de la lymphe, et favoriser ainsi le développement d'ulcères ou les entretenir. La plus simple est la position verticale qui suffit, à elle seule, pour s'opposer, dans un bon nombre de cas et d'une manière opiniâtre, à la cicatrisation d'une plaie simple à la jambe et pour la transformer en ulcère. Certaines compressions exercées sur les troncs veineux par des tumeurs, par l'utérus dans la grossesse, agissent également de la même manière, et ce qui le prouve, comme le dit M. Blandin, c'est que les ulcères développés sous ces influences guérissent avec la plus grande facilité aussitôt qu'elles ont cessé d'exister.

Tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, les varices ont précédé l'apparition des ulcères, que favorisent l'engorgement,

l'induration plus ou moins considérable des tissus, et la tension de la peau qui les recouvre; tantôt, au contraire, comme l'a fait observer M. Marjolin (*Dict. en* 31 *vol.*), ils ne sont d'abord que des ulcères simples que les malades négligent; à la longue les ulcères calleux deviennent variqueux, l'engorgement du tissu cellulaire gêne la circulation dans les veines; elles se dilatent, deviennent variqueuses au-dessous de l'ulcère, à sa circonférence, et même sous sa base.

Les ulcères de cette espèce surviennent à un âge plus avancé de la vie que les varices, qui peuvent longtemps exister seules; mais, ainsi que nous l'avons déjà dit, lorsque sont survenues dans la peau et dans le tissu cellulaire sous-jacent les altérations qui finissent presque toujours par résulter de varices anciennes et mal soignées, la plus faible contusion, l'excoriation la plus légère, suffisent souvent pour donner lieu à une plaie qui n'a aucune tendance à la cicatrisation, à l'ulcère variqueux en un mot. Il est facile de concevoir, d'après cela, que de toutes les professions, celles qui prédisposent le plus aux varices sont celles où l'on observe le plus fréquemment les ulcères variqueux; aussi en rencontre-t-on souvent chez les blanchisseuses, les imprimeurs, les déchireurs de bateaux, les rouliers, etc.

Ces ulcères, comme les varices, s'observent surtout aux extrémités inférieures; on en a vu sur la face dorsale du pied, à la cuisse quelquefois, mais le plus ordinairement ils se développent au bas de la jambe, au-dessus de la malléole interne; plus rarement débutent-ils par la partie externe, alors que la saphène externe est variqueuse. Ils peuvent s'établir de plusieurs manières différentes; tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, ils résultent de coups, d'irritations fréquemment répétées, ou d'une excoriation accidentelle qui n'aura pas été soignée convenablement, et malgré laquelle le malade aura continué de se livrer à ses travaux accoutumés; tantôt ils succèdent à ces phlébites partielles, auxquelles exposent si facilement les varices; l'inflammation gagnant alors de proche en proche les tissus voisins, du pus se forme, la peau s'ouvre, et l'ulcère est produit; d'autres fois enfin, celui-ci succède à un érysipèle ou à la rupture d'une veine variqueuse.

L'ulcère de l'espèce qui nous occupe diffère, lorsqu'il est récent, de ce qu'il deviendra au bout d'un temps plus ou moins long. Au début les tissus ne sont pas profondément entamés; l'épiderme seul paraît manquer, et à sa place on voit la surface du derme, d'un rouge pâle ou livide fournir un liquide sanieux peu abondant. La douleur est en général peu vive; cependant quelques malades éprouvent de la chaleur et une cuisson plus ou moins désagréable. Plus tard si aucune précaution n'a été prise, et sous l'influence d'irritations répétées, l'aspect de l'ulcère n'est plus le même. Voici la description qu'en donnent les auteurs du Compendium de chirurgie pratique : « La solution de continuité s'agrandit en surface et en profondeur, et bientôt elle prend la forme d'une plaie irrégulière affectant plus spécialement la figure allongée ou arrondie; les bords sont durs, coupés à pic; le fond de la plaie est médiocrement enfoncé, inégal, livide, souillé de sang ou présentant des parties rouges et des parties grisâtres; le pus est sanieux, il tache les linges en roux; son odeur est désagréable; les environs de l'ulcère sont violacés, tendus; la peau est lisse, luisante; dès que le malade se tient debout, la surface de l'ulcère saigne avec abondance. Ajoutons que la peau des parties voisines de l'ulcère offre presque toujours une coloration brune plus ou moins prononcée. De plus, lorsqu'il remonte à une époque déjà ancienne, il se complique très souvent de callosités, et comme le dit M. Marjolin, ses bords sont élevés, bleuâtres, noueux, des veines variqueuses, flexueuses ou agglomérées en tumeurs bosselées existent au-dessous et autour de l'ulcération.

Rien de plus facile en général à reconnaître que les ulcères variqueux. L'état des veines du membre sur lequel ils reposent, l'engorgement de ce dernier, la coloration noirâtre de la peau qui les circonscrit, l'aspect blafard et livide de la surface ulcérée, la nature du liquide qu'elle fournit, ne sauraient laisser de doute sur la nature de l'ulcère qu'on a sous les yeux; tout au plus, lorsqu'il existe des duretés sur les bords de la solution de continuité, pourrait-on le confondre avec l'ulcère calleux, et dans ce cas même la dilatation des veines et l'engorgement des tissus ne permettent pas une longue hésitation.

On peut dire qu'en général les ulcères variqueux ne sont pas une maladie grave; en effet, ils compromettent rarement la santé générale des malades. On les guérit facilement en les soumettant à un traitement convenable; cependant comme le fait remarquer M. Blandin (*Dict. en* 15 *vol.*), ils ont, ainsi que les ulcères entretenus par la gêne de la circulation, une singulière tendance à s'accroître et on en a vu quelques uns détruire circulairement la peau de toute la jambe; on comprend alors les funestes effets qui peuvent résulter d'une aussi vaste plaie, et toutes les difficultés que l'on éprouve à en procurer la cicatrisation. De plus il n'est point rare de voir l'inflammation s'emparer de ces ulcères, et dans ce cas il peut arriver que leur surface s'étende considérablement et que leur fond se creuse au point de laisser à nu une portion du tibia; enfin on ne doit pas oublier que s'il est facile de guérir un ulcère variqueux, la cicatrice qui lui succède est mince, facile à se déchirer sous l'influence des causes les plus légères, et qu'au dire des chirurgiens la récidive est plus fréquente que dans le cas d'ulcère calleux.

Ce serait en vain qu'on chercherait à guérir les ulcères produits par une gêne de la circulation veineuse, si l'on ne s'occupait avant tout de rendre cette circulation plus facile. On devra donc commencer par donner au membre une position telle que le sang puisse revenir librement des extrémités vers le tronc, et qui favorise en même temps la résolution de l'engorgement, que Boyer, comme nous l'avons déjà dit, regardait comme la cause la plus puissante de l'ulcère. Si la position seule est insuffisante, la compression exercée méthodiquement au moyen d'une bande roulée sur toute la longueur du membre, devra lui venir en aide. M. Velpeau s'est souvent servi avec avantage, dans ce but, de bandes dextrinées, en ayant soin de laisser à nu la surface de l'ulcère, que l'on peut ainsi panser sans toucher au bandage. Mais le moyen qui a été mis le plus fréquemment en usage, est celui que nous avons déjà signalé à propos du traitement des ulcères en général, et qui consiste dans l'emploi des bandelettes de diachylum; il est rare de trouver des ulcères rebelles à leur application prolongée pendant un temps suffisant.

Lorsque les ulcères présentent des symptômes d'inflammation, on doit, avant tout, chercher à les faire disparaître, par le repos, les lotions émollientes, les cataplasmes de farine de lin, etc.; et ce n'est que plus tard qu'on a recours à la compression.

L'influence des varices sur la production des ulcères qui nous occupent, a suggéré la pensée qu'on parviendrait bien plus facilement à guérir ces derniers et à en prévenir la récidive, si l'on opposait aux premières un traitement curatif. M. Marchal de Calvi a proposé, dans ce but, de placer une bande de caustique de Vienne à quelques centimètres du bord inférieur de l'ulcère, afin de détruire toutes les veines qui s'y rendent. On trouve dans les *Bulletins de l'Académie de médecine*, t. VIII, p. 961, une très belle observation d'ulcère variqueux guéri par ce moyen.

Malgré le traitement le plus méthodique, un petit nombre d'ulcères résiste cependant quelquefois; ce sont ceux qui, ayant déjà une durée fort ancienne, ont détruit la presque totalité des téguments de la jambe. Dans ces cas, des pansements fréquemment répétés, une nourriture fortifiante, sont les seuls moyens à employer; heureux encore lorsque ces ulcères, par les douleurs qu'ils provoquent, par l'abondance de la suppuration qui les accompagne, ne rendent pas l'amputation nécessaire.

Rappelons enfin que la récidive est toujours à craindre, et que la compression du membre, au moyen d'un bas lacé, est le meilleur moyen, sans contredit, de la prévenir.

Ulcères entretenus, soit par la présence d'un corps étranger, soit par une altération osseuse ou tendineuse voisine.

Les corps étrangers qui ont pénétré au sein de nos tissus, s'y comportent de diverses manières. Quelquefois ils se bornent à provoquer autour d'eux une sécrétion plastique, qui s'organise, les enveloppe, les isole, et soustrait les parties ambiantes à leur contact irritant; bien plus souvent, ils déterminent une inflammation suppurative, dont le résultat ordinaire est leur élimination. Mais si quelque circonstance particulière

les retient emprisonnés dans nos tissus, il en résulte, selon la disposition des parties et la profondeur du corps étranger, soit un trajet fistuleux, comme on l'observe dans la carie, la nécrose ou consécutivement à la mortification du tissu fibreux, soit un ulcère proprement dit, ce qui a lieu, par exemple, dans l'ongle incarné.

Les ulcères de cette espèce offrent dans leur aspect une grande analogie avec les ulcères inflammatoires, car la cause qui les entretient, ainsi que M. le professeur Blandin le fait remarquer, est aussi une cause irritante. Ils sont plus ou moins douloureux; leurs bourgeons charnus, d'un rouge parfois assez vif, ont de la tendance à devenir fongueux.

Ces caractères sont loin d'être assez tranchés pour que le diagnostic soit toujours facile. Lors donc que le chirurgien ne trouvera, ni dans l'état constitutionnel, ni dans quelque condition locale, une raison suffisante de la persistance de l'ulcère, lorsque par quelque circonstance commémorative, par l'aspect fongueux et inflammatoire de la surface ulcérée, il sera porté à soupçonner un corps étranger, ou quelque affection des os, il devra se livrer à une exploration attentive de la surface de l'ulcère et des parties sur lesquelles il repose, tant par la sonde mousse portée dans les sinuosités de l'ulcère, que par le doigt promené à sa surface. Si l'importance de ce précepte pouvait être contestée, il suffirait, pour la démontrer, de citer le fait suivant, que nous empruntons à M. Blandin : Récemment, dit ce professeur, nous avons donné des soins à un ancien militaire, qui portait depuis trente ans, à la jambe, un ulcère, suite d'un coup de feu, que plusieurs chirurgiens avaient déclaré incurable, et contre lequel avaient effectivement échoué plusieurs traitements en apparence très méthodiques. En parcourant du doigt la surface de cet ulcère, nous sentîmes un jour une saillie couverte de fongosités; en portant un stylet sur ce lieu pour constater l'état des choses, nous éprouvâmes, en percutant, l'impression qui résulte du choc de deux corps métalliques; une incision faite sur ce point nous permit de retirer un fragment de fer irrégulier, un morceau de mitraille, qui s'était logé dans le périoste du tibia et qui irritait les par-

ties voisines. A partir de ce moment, cet ulcère s'améliora promptement, et la guérison ne se fit pas attendre. »

Le traitement de ces ulcères variera suivant la nature de la cause qui les a produits. S'ils sont dus à la présence d'un corps étranger, il n'y a qu'une seule indication à remplir : l'extraction de ce corps étranger. Cette indication remplie, l'ulcère se trouve ramené à la condition d'une plaie ancienne qui guérit facilement par les moyens ordinaires.

ULCÈRES VERRUQUEUX.

Cette espèce d'ulcère est très rare; elle n'a été observée jusqu'à présent que par M. le professeur Marjolin, qui en expose ainsi les caractères :

« Leur surface est formée par un grand nombre de villosités coniques d'une texture dense, serrée, très rapprochées les unes des autres, représentant en quelque sorte un velours de laine grossier; ces végétations paraissent naître du derme; l'épiderme qui entoure l'ulcère est épaissi, calleux, et même corné, quelquefois divisé par des fissures profondes. Ces ulcères, que j'ai observés deux fois à la plante des pieds, une fois à la jambe et une fois dans l'aine, laissent suinter en petite quantité un fluide visqueux presque incolore, fétide, qui en se desséchant forme une croûte épaisse, dure, grisâtre, très adhérente; ils sont peu douloureux ou même indolents, susceptibles de prendre une grande étendue en largeur. »

Cette affection doit être bien rare, puisque M. le professeur Marjolin, dans son immense pratique, n'en a rencontré que quatre cas; elle paraît aussi fort rebelle aux moyens thérapeutiques, puisque les moyens énergiques qui ont été dirigés contre elle n'ont pas toujours été couronnés de succès.

En effet, des deux individus affectés d'ulcères verruqueux à la plante des pieds, un seul a été guéri par l'abrasion de la surface ulcérée; l'autre n'a obtenu du même moyen qu'une amélioration de courte durée. Celui qui siégeait à la jambe s'est montré plus rebelle encore; il n'a pu être guéri ni par l'abrasion ni par la cautérisation avec le fer rouge répétées plusieurs fois.

ULCÈRES PAR CAUSE GÉNÉRALE.

ULCÈRES VÉNÉRIENS.

On donne ce nom aux ulcères produits par l'action du virus syphilitique sur les tissus de l'espèce humaine, la seule qui, jusqu'à ce jour ne se soit pas montrée réfractaire à l'action de ce virus.

Les ulcères vénériens peuvent se développer sous l'influence de l'action immédiate du virus, action généralement considérée comme locale : ils prennent alors le nom d'*ulcères primitifs* ou *chancres;* ou bien ils peuvent être le résultat d'une altération générale constitutionnelle de l'organisme, et ils ont reçu dans ce cas le nom d'*ulcères consécutifs.*

Nous nous occuperons successivement des uns et des autres.

1° *Ulcères vénériens primitifs ou chancres.*

L'existence d'un principe particulier auquel on a donné le nom de *virus syphilitique*, ne pouvant être aujourd'hui l'objet du moindre doute, nous croyons pouvoir nous dispenser de la discuter ici, et aborder sans préambule la description de l'ulcère.

L'ulcère vénérien primitif peut affecter anatomiquement trois formes différentes.

La première, et la plus fréquente, particulièrement bien décrite par Hunter, de qui elle a pris le nom de *chancre huntérien*, est caractérisée ainsi qu'il suit dans les premiers jours de son début :

C'est une solution de continuité arrondie, nettement découpée, et comme sculptée sur les tissus qui en sont le siége, à la manière d'une plaie qui serait produite par un emporte-pièce, ayant une surface d'un gris jaunâtre, des bords d'un rouge vif, et souvent une base qui offre une induration circonscrite, ne se confondant point insensiblement avec les parties environnantes, mais se terminant brusquement. Lorsque le chancre existe depuis plusieurs jours, sa forme peut changer et se mo-

difier de différentes manières; mais les autres caractères persistent aussi longtemps que l'ulcère ne se transforme pas en plaie simple. Dans cette forme, la peau ou le derme des muqueuses semble toujours détruit, soit en totalité, soit en partie; cependant la tuméfaction des bords fait paraître la destruction plus profonde qu'elle n'est réellement. Ainsi, dans certains cas où l'ulcère semble assez profondément excavé, on voit la cicatrisation ne pas laisser de traces durables, comme on l'observe toujours quand la peau a été détruite dans une partie notable de son épaisseur.

Dans la seconde forme, qui est la plus rare, l'ulcère est encore arrondi, grisâtre, quelquefois environné d'un liseré rouge, et supporté par une base indurée; mais le fond de l'ulcère, au lieu d'être au-dessous des parties environnantes, fait une saillie plus ou moins prononcée, d'où le nom d'*ulcus elevatum* qu'on lui a donné.

Enfin la troisième forme, qui tient le milieu pour la fréquence entre les deux précédentes, n'est formée que par une simple destruction nettement circonscrite de l'épiderme ou de l'épithélium; son aspect ressemble beaucoup à celui d'une surface de vésicatoire, ce qui a fait donner aux ulcères affectant cette forme le nom de *chancres superficiels*. Les solutions de continuité, ainsi désignées, ne présentent en réalité ni les caractères des chancres proprement dits, ni même ceux de l'ulcère, tel que nous l'avons défini. Ainsi elles ont la plus grande tendance à se cicatriser; elles sont ordinairement de forme irrégulière, ont quelquefois une surface plus ou moins rouge, au lieu d'une surface grisâtre, n'entament jamais l'épaisseur du derme, et par conséquent ne laissent jamais de traces durables après leur cicatrisation.

Les chancres peuvent siéger sur toutes les parties du corps, mais quelques unes en sont beaucoup plus souvent affectées que d'autres : ainsi chez l'homme le frein de la verge, le sillon qui sépare le prépuce du gland, le gland lui-même, et spécialement la couronne, sont les points les plus fréquemment envahis par les chancres; chez la femme, leur siége le plus fréquent est la fourchette, la face interne des petites lèvres et en général le pourtour de l'orifice vaginal; les chancres affectent

rarement le col de l'utérus, plus rarement encore le vagin. L'anus chez les deux sexes en est assez fréquemment affecté; on en observe aussi quelquefois sur les commissures de la bouche, sur les lèvres, la langue et même, suivant quelques auteurs, jusque dans la gorge.

Le nombre des chancres est ordinairement très limité; souvent il n'en existe qu'un; assez rarement il en existe au-delà de quatre ou cinq; toutefois, ceux que nous avons classés dans la troisième forme sont presque toujours multiples et quelquefois très nombreux.

Les phases par lesquelles passent les chancres pour accomplir leur évolution, constituent une des parties les plus importantes de leur histoire, celle sur laquelle on a fondé les divisions les plus importantes au point de vue pratique.

Dans le chancre qu'on peut appeler *simple*, l'ulcération, après avoir envahi une surface d'un centimètre au plus de diamètre, cesse de s'étendre et reste quelque temps stationnaire; ses bords pâlissent et s'affaissent; son fond s'élève, se déterge, prend l'aspect d'une plaie simple, et marche vers la cicatrisation qui se trouve complète du second au quatrième ou cinquième septenaire. Pendant que la cicatrisation s'opère, la légère induration qui existait à la base se dissipe, de manière à ce qu'il n'en reste plus lorsque la cicatrisation est complète.

Dans une première variété les phénomènes inflammatoires, ordinairement très peu prononcés, se développent à un assez haut degré; une douleur quelquefois très vive se fait sentir dans la plaie, une suppuration abondante a lieu; l'extension de l'ulcération continue à se faire avec plus ou moins de rapidité, cette variété peut être appelée chancre *inflammatoire*.

Dans d'autres cas le chancre, sans présenter aucune différence remarquable en apparence avec celui que nous avons considéré comme simple, reste pendant longtemps, quoi qu'on fasse, dans le même état; l'induration de sa base augmente et, lorsque la cicatrisation vient à se faire, persiste sous forme d'un noyau rouge-brun, bien limité au milieu des tissus sains; quelquefois cette induration se forme même dans les cas où la cicatrisation n'a pas été de trop longue durée, et que l'on peut

considérer encore comme simple, sous ce rapport; c'est là ce qu'on a appelé le chancre *induré*.

On pourrait ajouter à la variété précédente, sous le nom de chancre *stationnaire*, une forme dans laquelle l'ulcération, sans s'accompagner d'une induration bien notable, sans avoir de tendance à s'étendre, reste néanmoins dans le même état.

Quelquefois le chancre, au lieu de rester dans les limites que nous venons de tracer, continue à s'étendre dans un ou plusieurs sens; ses bords se décollent et prennent une couleur violacée, le produit de la sécrétion s'altère, devient ichoreux, sanguinolent, renferme des débris organiques; lorsque le chancre s'étend beaucoup plus dans certains sens que dans d'autres, ce qui est fréquent, la forme de l'ulcération devient irrégulière, et affecte toutes sortes de configurations; le plus souvent l'extension ne se fait qu'en surface, mais quelquefois l'ulcère gagne aussi ou même exclusivement en profondeur, et rappelle certains ulcères cancéreux à forme térébrante; assez souvent cette forme de chancre sillonne profondément la partie postérieure de la couronne du gland, jusqu'à l'urètre qui est fréquemment respecté et disséqué, et le gland tombe gangrené ou seulement séparé du reste de la verge. Le chancre dont il s'agit a été désigné sous le nom de chancre *rongeant* ou *phagédénique*.

Il reste enfin une dernière variété de chancre, c'est le chancre *gangréneux;* dans cette variété la base de l'ulcération ou les parties qui l'environnent tombent par lambeaux gangrenés; c'est ainsi que tombe souvent le prépuce lorsque des chancres siègent à sa face interne et que le gonflement qu'ils causent a donné lieu à un phymosis accidentel; on voit assez fréquemment dans ces cas toute la base ou bord adhérent du prépuce prendre une teinte ardoisée dans ses trois quarts supérieurs, puis se gangrener dans cette étendue, et former ainsi une boutonnière à travers laquelle passe le gland; on est ordinairement obligé de terminer la séparation du prépuce qui reste adhérent par sa partie inférieure; ici l'étranglement paraît contribuer à produire la gangrène, mais il est des cas où la mortification s'opère sur une surface libre et par conséquent sous la seule influence de la cause qui produit ce chancre. Après

la chute de l'escarre, quelquefois la cicatrisation se fait assez promptement, d'autres fois elle languit; il se manifeste des hémorrhagies, ou bien la surface bourgeonne, se couvre de végétations mollasses et forme le chancre *fongueux* ou *végétant* qu'on peut également observer à la suite du chancre rougeant.

Toutes les variétés graves que peut revêtir le chancre appartiennent exclusivement au chancre huntérien, ou du moins au chancre concave; jamais on ne les observe à la suite de l'*ulcus elevatum*, ni après les érosions qu'on a décrites sous le nom de chancres superficiels.

Les variétés graves sont beaucoup plus fréquentes chez l'homme que chez la femme; le chancre gangréneux en particulier est presque inconnu chez cette dernière.

Quant aux autres conditions qui favorisent le développement de ces graves complications, elles ne sont pas toujours faciles à apprécier; si le plus souvent on peut en accuser la mauvaise constitution des malades, ou les mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles ils vivent, quelquefois aussi ces complications se développent chez des individus parfaitement bien constitués, et qui se trouvent dans les meilleures conditions possibles; il ne faut alors accuser qu'une prédisposition individuelle qui ne se traduit à l'extérieur par aucun signe sensible, mais qu'on peut souvent constater dans l'étude de la syphilis.

Les chancres vénériens primitifs se développent ordinairement du quatrième au huitième jour qui suit la contagion, quelquefois plus tôt, quelquefois beaucoup plus tard; cette circonstance, jointe aux caractères que le chancre revêt à son début, suffit, dans l'immense majorité des cas, pour permettre de le distinguer de tous les autres ulcères; lorsque ces caractères ne sont pas très prononcés ou qu'ils manquent en partie, on a proposé comme moyen de diagnostic, d'inoculer le liquide sécrété par l'ulcération, lequel, si l'ulcération est virulente, donnera lieu à un chancre mieux caractérisé que le premier. Mais comme d'une part la précision du diagnostic ne peut avoir d'autre but que de déterminer le praticien à employer un traitement antisyphilitique, et que ce traitement bien dirigé est dépourvu d'inconvénients; comme d'autre part

des accidents assez graves peuvent se développer à la suite d'une inoculation artificielle, nous pensons qu'il est préférable de s'en abstenir.

Le pronostic du chancre se rapporte aux désordres locaux qu'il entraîne à sa suite, ou bien aux symptômes syphilitiques généraux qui peuvent se développer plus tard.

Sous le premier point de vue nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons dit de chaque variété de chancre en particulier.

Quant au second point de vue, on a pensé que l'induration était un signe certain auquel on pouvait prévoir l'apparition prochaine et immanquable des accidents consécutifs; tandis que l'absence d'induration était une garantie assurée contre tout accident de ce genre. Il est plus fréquent, en effet, de constater les symptômes consécutifs à la suite des chancres indurés qu'à la suite des autres; mais l'absence ou la présence de l'induration ne paraît pas fournir une induction certaine pour l'avenir, du moins l'observation n'a pas encore établi rigoureusement ce point de doctrine.

Le traitement des ulcères vénériens primitifs est local ou général.

La principale question que soulève le traitement local est celle de la cautérisation. Autrefois on craignait, et quelques praticiens craignent encore actuellement qu'en cautérisant le chancre, on n'en provoquât la cicatrisation trop tôt, et qu'on n'augmentât ainsi les chances de l'infection consécutive; aujourd'hui certains praticiens pensent, au contraire, qu'en cautérisant le chancre avant le cinquième jour de son existence, on en change la nature, et qu'on garantit les malades contre tout accident ultérieur. De ces deux opinions, la dernière est dénuée de fondement, et il en est probablement de même de la première. On pourra donc employer la cautérisation dans le but de modifier la surface du chancre, et d'en hâter la cicatrisation; mais ce serait se bercer d'illusions fâcheuses que d'espérer conjurer par ce traitement tous les accidents qui peuvent se développer ultérieurement. Dans tous les cas, la cautérisation devra être réservée pour les chancres simples, ou pour ceux que nous avons appelés *stationnaires* et *indurés*.

Les chancres inflammatoires rongeants et gangréneux en sont souvent influencés d'une manière fâcheuse, et, si l'on se décide à la mettre en usage dans ces cas, ce ne sera qu'avec beaucoup de prudence.

Les topiques varieront suivant la forme qu'on aura à traiter; ainsi, dans les chancres inflammatoires, on mettra en usage les cataplasmes, les lotions émollientes, ou même laudanisées, quand les chancres sont très douloureux. Dans les chancres stationnaires indolents, on emploiera les pansements mercuriels, le vin aromatique et d'autres topiques excitants. Enfin, dans les ulcères gangréneux, on pourra se servir du chlorure de chaux jusqu'à ce qu'ils aient été ramenés à des conditions plus favorables, et on les traitera ensuite suivant la nouvelle forme qu'ils affecteront.

Devra-t-on faire subir un traitement antivénérien à tous les malades affectés de chancres indistinctement? Ce que nous avons déjà dit à propos de l'induration doit faire prévoir notre réponse. Nous ne prétendons pas qu'un traitement même régulièrement conduit et suffisamment prolongé mette toujours à l'abri des accidents consécutifs; mais comme ce traitement, sagement dirigé, ne peut avoir aucun inconvénient pour les malades, et qu'au contraire il peut avoir pour eux des avantages réels, nous ne pensons pas qu'on doive se dispenser de les y soumettre. Quant au choix de ce traitement, nous ne pouvons nous en occuper ici.

2° *Ulcères vénériens consécutifs.*

Ces ulcères se manifestent plus ou moins longtemps après que les accidents primitifs ont disparu, et lorsque la constitution tout entière se trouve sous l'influence du virus syphilitique. Cependant ils ne se montrent pas tous à la même époque: les uns se développent plus particulièrement avec les accidents consécutifs que Hunter appelait de la *première période*, et que M. Ricord appelle accidents *secondaires;* les autres ne paraissent ordinairement qu'avec les accidents consécutifs de la *seconde période* de Hunter, ou accidents *tertiaires* de M. Ricord.

Les premiers siègent plus spécialement à la gorge, à l'anus

et aux parties génitales, et coïncident fréquemment avec des syphilides exanthématiques; les seconds siègent plus spécialement sur la peau du tronc, de la tête ou des membres, et coïncident ordinairement avec des exostoses, des périostoses, des syphilides ulcéreuses, pustuleuses ou tuberculeuses, auxquelles ils succèdent assez souvent.

Les caractères physiques des premiers se rapprochent beaucoup des chancres primitifs, comme on le voit fréquemment sur le voile du palais; quand ils siègent à l'anus ou aux parties génitales, ils sont ordinairement multipliés, plus superficiels, moins bien circonscrits et environnés d'une auréole plus large et plus sombre que les chancres primitifs; en général, ils s'accompagnent d'une syphilide qui ne laisse pas de doute sur leur nature.

Les ulcères de la seconde catégorie se présentent sous un aspect beaucoup plus grave; ils sont ordinairement beaucoup plus étendus; leur coloration est d'un rouge cuivré ou livide; leurs bords, assez nettement découpés, sont souvent dentelés, décollés et flottants; leur forme est irrégulière; ils saignent assez fréquemment avec facilité; ils siègent de préférence sur des os superficiels, tels que la clavicule, le sternum, le tibia, les os du crâne, et sont accompagnés des autres symptômes que nous avons indiqués.

Les uns et les autres ont peu de tendance à se cicatriser spontanément, mais les seconds encore moins que les premiers; quelquefois, pendant qu'ils se cicatrisent d'un côté, ils s'étendent de l'autre, et peuvent ainsi tracer de longs sillons irréguliers sur la peau; c'est ce que l'on observe surtout dans une forme de syphilide ulcéreuse, appelée syphilide *serpigineuse* ou ulcère vénérien serpigineux. Lorsque ces ulcères, principalement ceux de la seconde catégorie, ont disparu spontanément, ce qui est assez rare, ou par le fait d'un traitement, ils ont pendant longtemps la plus grande tendance à récidiver.

Le diagnostic n'offre pas en général de grandes difficultés, surtout dans les premiers temps de leur apparition; lorsqu'ils durent longtemps ou qu'ils récidivent plusieurs fois, leurs caractères propres s'effacent de plus en plus, et, si des symptômes syphilitiques ne les accompagnent pas, on peut être en doute

sur leur véritable nature. Il ne faudrait donc négliger pour lever ce doute, ni les antécédents des malades, d'où résulteront les renseignements les plus importants, ni la recherche attentive des lésions qui pourraient coexister actuellement, ni enfin l'épreuve du traitement antivénérien qui devra toujours être mis en usage, toutes les fois que l'on conservera quelque incertitude.

Le pronostic des ulcères consécutifs dépend et de leur siége et des phénomènes généraux qui les accompagnent; on sait que la destruction du voile du palais est le résultat quelquefois très prompt des ulcères de la gorge; lorsque ces ulcères siègent sur le larynx, le résultat, aussi grave, sous le rapport local, l'est beaucoup plus encore par ses conséquences, qui sont souvent des altérations graves de la voix et de la respiration et la mort. Lorsque ces accidents généraux qui accompagnent les ulcères sont nombreux et profonds, et que la constitution est manifestement altérée, il est inutile de dire que le pronostic de l'ulcère est plus grave que dans des circonstances opposées.

Le traitement local des ulcères vénériens consécutifs s'éloigne très peu du traitement des ulcères en général : ainsi, à part les pansements mercuriels qui peuvent avoir une influence favorable sur beaucoup d'ulcères non syphilitiques, les émollients, les toniques, les bandelettes agglutinatives, etc., sont parfaitement applicables ; comme tous les autres ulcères, ils sont heureusement modifiés par l'élévation, c'est-à-dire par l'application rationnelle des lois de la pesanteur.

Le traitement général doit avoir pour base les préparations mercurielles, et l'iodure de potassium, auxquels il sera nécessaire d'associer, dans quelques cas, divers toniques à l'intérieur et à l'extérieur, comme les ferrugineux, le quinquina, les bains de mer, les bains sulfureux et ferrugineux, etc.

Il est peu d'affections dans lesquelles le repos et les bonnes conditions hygiéniques aient autant d'influence que dans les ulcères de la seconde période : aussi dès que les malades entrent dans un hôpital, ou se livrent au repos chez eux, ils obtiennent une amélioration si prompte, qu'ils abandonnent bientôt le régime et la médication employés, se croyant par-

faitement guéris; mais ils ne tardent pas à tomber dans des récidives qui deviennent d'autant plus difficiles à prévenir qu'elles ont été plus fréquentes, et qui peuvent finir par être tout à fait rebelles aux ressources de l'art. Il sera donc de la plus haute importance que le praticien résiste autant que possible aux entraînements des malades, qu'il ne partage point leurs illusions, et qu'il les soumette à un régime et à un traitement prolongés, seules conditions d'une santé durable.

Ulcères scorbutiques.

Ces ulcères naissent sous l'influence des mêmes conditions débilitantes que le scorbut lui-même : le séjour habituel dans des lieux bas, humides, où la lumière pénètre à peine, où la respiration ne reçoit qu'un air vicié et peu renouvelé; l'exposition prolongée à l'humidité et surtout au froid humide; l'alimentation insuffisante ou de mauvaise nature; la tristesse, l'abattement, la fatigue portée à l'excès, telles sont les principales conditions au milieu desquelles ils se développent.

On observe rarement aujourd'hui ces terribles épidémies de scorbut qui ont quelquefois décimé les équipages des navires dans les voyages de long cours, et les malheureux entassés dans les prisons ou les hôpitaux. Mais on voit quelquefois le caractère scorbutique sur les ulcères qui se développent chez les individus débilités par l'âge, des maladies antérieures, et soumis d'ailleurs à la plupart des mauvaises conditions hygiéniques que nous venons d'indiquer, et qui forment le cortége ordinaire de la misère.

A l'exception de ceux qui naissent dans la cavité buccale, sur les joues, les gencives, les ulcères scorbutiques siègent de préférence sur les membres inférieurs.

Ils se développent spontanément, par le seul fait de la maladie principale, ou bien ils s'établissent sur des solutions de continuité accidentelles auxquelles ils se substituent : la plus légère plaie, une égratignure, chez les scorbutiques, s'étend et devient le siége d'un travail ulcératif. Dans le premier cas, l'ulcère débute ordinairement au centre d'une ecchymose; la peau s'enflamme, se ramollit, s'ulcère, et quelquefois forme

une véritable escarre gangréneuse. L'ulcère qui en résulte offre les caractères suivants : sa surface est couverte de bourgeons charnus, de couleur brune et noire, molasses, fongueux, saignant facilement au moindre contact, et fournissant un pus de mauvaise nature mêlé de sang noirâtre, fétide, abondant ; sa forme est irrégulière ; ses bords dentelés et décollés ; il est entourré d'une auréole brune, livide, formée par les tissus environnants ; le membre qui le supporte est plus ou moins œdématié.

Dans les scorbuts graves, la sanie sanguinolente fournie par les ulcères, se convertit en croûtes brunes, noires, très difficiles à détacher des parties sous-jacentes, et se reproduisant d'un pansement à l'autre ; sous ces croûtes, les chairs sont spongieuses, molles, infiltrées de sang, comme putréfiées, et la sonde s'y engage assez profondément. Si la maladie s'aggrave, ces ulcères fournissent une matière de plus en plus consistante, désignée sous le nom de *foie de veau* par les marins, qui lui ont trouvé une certaine ressemblance pour la couleur et la consistance avec le foie de veau bouilli (Lind).

Cette affection s'accroît avec une extrême rapidité ; elle acquiert parfois, en une nuit, des dimensions énormes, et se reproduit aussitôt, soit qu'on la détruise avec le cautère actuel ou potentiel, soit qu'on l'enlève avec l'instrument tranchant, opération qui est suivie d'un écoulement sanguin abondant. Les ulcères scorbutiques sont aussi parfois le siége d'hémorrhagies spontanées qu'il est difficile d'arrêter. Parvenus à ce degré, ils ont une grande tendance à devenir gangréneux, surtout si, dans le but de s'opposer au développement des fongosités, on exerce une compression trop forte à leur surface. — Lind, dont la description a servi de type à celles des auteurs qui sont venus après lui, remarque qu'ils peuvent conserver longtemps ces apparences de gravité sans attaquer les os sous-jacents.

Ces ulcères ont un aspect si constant et si uniforme, quel que soit leur siége, qu'il est impossible de les confondre avec toute autre affection ulcéreuse, dont ils diffèrent par leurs fongosités, par leur extrême putridité, et par la sécrétion sanguinolente qui en découle. Dans les cas où le cachet scorbutique

serait moins évident, l'existence des symptômes qui caractérisent la diathèse scorbutique, les ecchymoses des membres, l'état fongueux des gencives, la fétidité de l'haleine ne laisseraient aucun doute sur le diagnostic.

Leur pronostic est subordonné à celui de la maladie principale dont ils dépendent, et à diverses circonstances indépendantes de leur nature propre. Cependant ils ont aussi par eux-mêmes une certaine gravité, en ce sens que leur guérison est toujours longue à obtenir, et que la cicatrice qui leur succède offre peu de solidité.

Ce serait vainement que l'on soumettrait les ulcères scorbutiques aux médications les plus rationnelles, si l'on ne combattait en même temps la diathèse générale qui les a produits ou qui les entretient. Il faut donc soustraire le malade aux influences morbifiques qui ont produit le scorbut, et le placer dans des conditions hygiéniques favorables. Or, les ulcères scorbutiques étant l'effet de la misère et des privations qu'elle entraîne, plus que de toute autre cause, on placera les malades dans une chambre vaste, dont la température sera chaude et sèche; on leur prescrira quelques bains pour rétablir les fonctions de la peau, et surtout on leur donnera une bonne nourriture, jointe à l'usage modéré d'un bon vin vieux. Dans l'opinion que le scorbut était dû à l'usage exclusif des viandes salées, on recommandait un régime exclusivement végétal; aujourd'hui les viandes blanches et même les viandes noires rôties, si l'état de l'estomac le permet, sont associées aux végétaux frais, et l'on y ajoute les assaisonnements aromatiques, le vin, la bière.

En même temps on administre à l'intérieur les médicaments dits anti-scorbutiques, parmi lesquels le cresson, les végétaux acides, le suc de citron, le quinquina, le fer tiennent la première place.

Quoique subordonné au traitement général, le traitement local a cependant quelque importance. On favorisera la circulation veineuse dans le membre par une compression douce, générale et uniforme, et mieux encore par la position élevée qu'on lui fera prendre. Il convient aussi de modifier la surface de l'ulcère en la lavant deux fois par jour avec la décoc-

tion de feuilles de noyer, de quinquina, avec le vin aromatique, avec la solution de chlorure d'oxide de sodium; puis de la panser avec quelques topiques excitants, comme le styrax, le baume d'Arcœus. B. Bell recommande le pansement avec des plumasseaux trempés dans une forte décoction de quinquina pour corriger la fétidité et la putridité de l'écoulement; cependant la bouillie de carotte est le topique qui lui paraît le plus propre à remplir cette indication.

L'azotate d'argent, l'alun calciné suffisent pour réprimer les fongosités qui naissent de la surface ulcérée. Mais il est quelquefois nécessaire de recourir à des caustiques plus puissants, tels que l'azotate de mercure, l'acide chlorhydrique, pour arrêter les progrès de l'ulcération.

Ulcères scrofuleux.

Les ulcères scrofuleux peuvent se développer sur toute la surface du corps; mais il est des régions qu'ils affectent de préférence : tels sont le cou, les aines, les aisselles, en un mot les régions où les ganglions lymphatiques sont nombreux et rapprochés de la peau. On les observe aussi fréquemment sur le devant et sur les côtés de la poitrine, le pourtour des articulations, le voisinage des os superficiels. Il est assez ordinaire de voir plusieurs de ces ulcères sur le même sujet, dans la même région ou dans des régions différentes.

Ils sont plus fréquents dans la seconde enfance qu'à aucune autre époque de la vie. Du reste, leur étiologie rentre dans celle de la scrofule, dont ils ne sont qu'une des nombreuses manifestations.

Les phénomènes locaux qui les précèdent résident primitivement dans la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les ganglions lymphatiques ou les os. Tantôt la peau rougit ou brunit, se recouvre de croûtes sous lesquelles se trouvent des gerçures, qui, plus tard, s'étendent et constituent des ulcères en général très superficiels, mais susceptibles, dans certains cas, d'occasionner des pertes de substances, autour de l'entrée des fosses nasales, sur la lèvre supérieure, vers le pavillon de l'oreille; les mains et les pieds sont exposés surtout à cette va-

riété. Tantôt ce sont des tubercules cutanés qui se ramollissent et donnent lieu à des ulcères superficiels. Un abcès froid, une masse tuberculeuse, situés dans le tissu cellulaire sous-cutané, se font jour au dehors, et l'ouverture qui a donné passage au pus se transforme en ulcère. D'autres fois, le tissu cellulaire qui entoure un ganglion lymphatique engorgé est envahi par une inflammation à marche progressive; du pus se forme et se répand à la surface du ganglion qu'il dissèque, pour ainsi dire; la peau se détruit à son tour et le fond de l'ulcère est constitué par le ganglion dénudé. Tantôt c'est la masse ganglionnaire elle-même qui se ramollit, qui suppure, et, dans ce cas, l'ulcère pénètre jusque dans l'intérieur du ganglion. Enfin, les arthrites, les ostéites scrofuleuses, agissent d'une manière analogue, c'est-à-dire en créant des collections de pus qui se font jour au dehors, et dont l'ouverture s'agrandit et dégénère en ulcère fistuleux.

Une fois formés, les ulcères scrofuleux présentent des caractères qui leur sont propres : ils sont peu douloureux, sauf le cas de complication inflammatoire aiguë, par exemple; la matière qu'ils fournissent est liquide, ténue, assez souvent mêlée de flocons albumineux ou de matière tuberculeuse ramollie. Leur fond est inégal, mamelonné, constitué quelquefois par de la matière tuberculeuse; les bourgeons charnus sont volumineux, pâles, blafards, et parfois transparents comme s'ils étaient remplis de sérosité. D'après J. Hunter, la présence des bourgeons charnus serait rare sur ces ulcères qui suppureraient pendant des années sans qu'il s'en produisît. Les bords sont minces, arrondis, découpés plus ou moins irrégulièrement, non taillés à pic, souvent décollés, d'un rouge violet ou brunâtre qui s'étend à quelque distance; ils ont de la tendance à se cicatriser particllement, et de là résultent des prolongements ou des brides qui s'avancent vers le centre et changent plus ou moins la forme première de l'ulcère; quelquefois des lambeaux de peau décollée se renversent en dehors, ou se roulent vers la face profonde, et se cicatrisent dans cette situation.

Les cicatrices ne sont jamais régulières, mais inégales, deprimées sur certains points de leur surface, saillantes sur d'au-

tres, profondes et adhérentes quand il s'est fait une grande déperdition de substance, assez analogues à celles qui succèdent aux brûlures superficielles quand l'ulcère n'a pas dépassé l'épaisseur de la peau. Elles conservent longtemps une couleur rouge foncée. On en voit dont les bords demeurent proéminents, comme s'ils avaient été réunis par une suture vicieuse.

La marche de ces ulcères est d'une extrême lenteur; ils durent des mois, des années, pendant lesquelles ils s'étendent lentement, demeurent stationnaires, font des progrès vers la cicatrisation et rétrogradent ensuite; alternatives qu'ils peuvent offrir presque indéfiniment, sans parvenir à une cicatrisation complète. On a remarqué que cette marche, tantôt progressive et tantôt rétrograde, est influencée d'une manière évidente par les saisons, les diverses températures, la sécheresse ou l'humidité. C'est ainsi qu'on voit presque toujours une amélioration en été, et le contraire en hiver et au commencement du printemps.

M. Guersant a décrit, sous le nom de pourriture scrofuleuse, une complication qu'il a observée à l'hôpital des Enfants: l'ulcère devient extrêmement douloureux, gagne rapidement en largeur et en profondeur, laisse échapper d'abord du sang qui se répand à la surface, et, plus tard, une suppuration ichoreuse exhalant une odeur extrêmement fétide, mais différente de celle de la gangrène; le tissu cellulaire est détruit quelquefois à une grande profondeur. Les accidents durent peu: au bout de huit à dix jours, le fond de l'ulcère se déterge et se couvre de bourgeons charnus.

Cette complication, qui ne paraît pas être contagieuse, peut survenir dans toutes les variétés d'ulcères scrofuleux; mais elle est plus fréquente dans ceux qui communiquent avec des caries ou des nécroses; elle a lieu quelquefois sur plusieurs ulcères chez le même sujet, et se montre plus souvent dans la saison froide, les mois de novembre à avril. Presque toujours elle est, dès le début, accompagnée d'anorexie, de diarrhée, de mouvement fébrile plus ou moins intense.

Les sujets affectés de ces ulcères présentent presque toujours d'autres symptômes de l'affection scrofuleuse, des blépharites, des ophthalmies, des engorgements chroniques, soit

des ailes du nez et de la lèvre supérieure, soit des ganglions lymphatiques, surtout au cou et sous la mâchoire, des gonflements articulaires, ou des cicatrices irrégulières et difformes; circonstances qui, jointes aux caractères propres des ulcères scrofuleux, empêchent de les confondre avec aucun autre.

L'époque de la puberté amène quelquefois dans la constitution des changements favorables, et l'on voit alors les ulcères guérir spontanément en même temps que les autres symptômes des scrofules. Mais, hors le temps de cette crise salutaire, on ne doit guère compter que sur les secours de l'art. La cure est d'ailleurs toujours longue.

Par eux-mêmes, ces ulcères n'ont pas tous la même gravité; ceux qui demeurent superficiels sont moins graves que ceux qui s'étendent aux parties profondes, aux ganglions ou aux os. La pourriture, qui envahit plusieurs ulcères à la fois, est une très fâcheuse complication.

Les moyens généraux, qui tendent à modifier la constitution, tiennent la première place dans le traitement. Les plus importants sont ceux que fournit l'hygiène: une habitation chaude, sèche, bien éclairée, bien aérée, exposée au midi; une nourriture substantielle et fortifiante, en partie animale, en partie végétale, mais dont on bannira les végétaux farineux; les assaisonnements aromatiques; le vin vieux; l'exercice au grand air; les bains de rivière, de mer ou de sable; les frictions sèches et aromatiques; les vêtements chauds; la flanelle appliquée immédiatement sur la peau, au moins dans les saisons froides et humides, devront être conseillés.

Parmi les moyens pharmaceutiques, J. Hunter préconise la décoction de mézéréon: ceux qui sont le plus usités chez nous sont choisis parmi les toniques, les excitants et les altérants; on recommande surtout la gentiane, le quinquina, les feuilles de noyer, le fer, le houblon, la sauge, le romarin, les plantes de la famille des crucifères; le vin et le sirop antiscorbutiques; les principaux altérants sont l'iode, le chlorure de baryum, l'huile du foie de morue, le mercure associé aux excitants et aux amers. Cette médication doit être suspendue toutes les fois qu'il survient quelques accidents.

Les pansements avec la pommade iodurée, le vin aroma-

tique, les décoctions de feuilles de noyer, les solutions de chlorure de chaux ou de soude; des cautérisations légères avec l'azotate d'argent, ou des applications de poudre d'alun quand il ne s'agit que de réprimer les bourgeons trop exubérants; des caustiques plus énergiques, le nitrate acide de mercure, la pâte de Vienne, le fer rouge, quand il s'agit de détruire certaines fongosités trop volumineuses ou sans cesse renaissantes; l'excision des lambeaux trop amincis et décollés, la destruction des trajets fistuleux constituent les principaux moyens du traitement local. M. Guersant s'est servi avec avantage des applications de tranches de citron sur les parties affectées de pourriture.

Il importe de surveiller la cicatrisation, et de la diriger en réprimant ou excisant à propos, afin de diminuer la difformité des cicatrices.

Ulcères morveux.

Ces ulcères figurent parmi les symptômes de la morve; aussi serait-il à la fois difficile et peu pratique d'en traiter à part et de détacher leur histoire de celle de cette redoutable maladie, à laquelle ils sont invariablement liés, et dont la découverte, dans l'espèce humaine, est encore si récente. Je me bornerai donc ici à une rapide esquisse, dans laquelle j'indiquerai de préférence les points qui se rapportent particulièrement à mon sujet, afin de ne pas laisser une lacune trop considérable dans le tableau général des ulcères.

De même que l'affection dont ils dépendent, les ulcères morveux ne se développent jamais spontanément chez l'homme, ou du moins aucun fait n'autorise à affirmer le développement spontané. Leur origine est la contagion, soit qu'ils aient été transmis, avec la morve ou le farcin, d'une autre espèce animale à l'homme; soit qu'ils passent, ce qui est beaucoup plus rare, de l'homme à l'homme. Aussi ne les observe-t-on guère que sur des individus que leur profession met en rapport constant ou accidentel avec des animaux morveux. Le principe contagieux semble résider particulièrement dans les liquides fournis par les boutons, les plaies, les abcès des individus ma-

lades. Toutefois, l'affection à laquelle appartiennent ces ulcères peut se transmettre non seulement par inoculation, mais aussi par infection.

Les ulcères morveux peuvent se diviser en deux grandes classes : 1° ceux qui se montrent à la surface cutanée du corps ; 2° ceux qui occupent les membranes muqueuses. Les premiers se rattachent spécialement, quoique non exclusivement, aux formes farcineuses de la maladie. Les seconds dépendent de la forme morveuse.

1° Les ulcères cutanés ou farcineux ont deux modes de production bien distincts ; tantôt ils succèdent directement à l'inoculation, occupent le point même dans lequel celle-ci a eu lieu et semblent n'être que l'extension de la plaie primitive ; tantôt ils paraissent plus ou moins loin du point d'inoculation, si la maladie a été contractée de cette façon, dans des lieux indéterminés de la surface du corps, si le mal est le résultat d'une infection. On conçoit que, dans le premier cas, l'ulcère est presque toujours unique ; il est multiple, au contraire, dans le second.

Dans la première variété, l'ulcère se forme par agrandissement de la solution de continuité de la plaie originaire ; dans la seconde, il succède à l'angioleucite farcineuse, se montre sur le trajet des vaisseaux lymphatiques et dans les points mêmes où se développent et s'ouvrent les abcès farcineux. Comme la plupart des ulcères consécutifs à des abcès, ceux-ci sont souvent avec décollement de la peau ; leurs bords sont irréguliers, livides, violacés ; leur fond se couvre facilement de croûtes épaisses ; le tissu cellulaire voisin est infiltré ; le périoste sous-jacent, lorsqu'il repose sur un os, est injecté, tuméfié, soulevé par du pus, ou même entièrement détruit, de sorte qu'alors la substance osseuse est à nu au fond de la solution de continuité. Rarement les ulcères farcineux sont compliqués d'engorgements ganglionnaires, et c'est là même un des caractères par lesquels le farcin de l'homme se distingue de celui des chevaux. Quand ces engorgements existent, ils sont peu considérables, peu douloureux, facilement terminés par résolution ou par induration, presque jamais par suppuration ou par ulcération.

Outre que les ulcères farcineux se multiplient de jour en jour, ils s'accroissent souvent à la fois en profondeur et en largeur, persistent avec une grande ténacité, et se montrent rebelles à tous les remèdes.

Les ulcères cutanés ont aussi été observés dans la forme morveuse de la maladie, et alors, tantôt ils succèdent à des abcès, ont les mêmes caractères, et suivent la même marche que les précédents; tantôt ils se forment par la chute de plaques gangréneuses, sont précédés de pustules ou de bulles caractéristiques, et siégent, comme celles-ci, sur les membres et surtout à la face. On en a vu aussi s'établir par l'ulcération de piqûres de sangsues placées au voisinage de l'érysipèle facial de la morve.

2° Les ulcères des membranes muqueuses forment un des caractères essentiels de la morve, soit aiguë, soit chronique; ils peuvent occuper, non seulement les fosses nasales, mais aussi le voile du palais, les amygdales, le pharynx, la trompe d'Eustache, le larynx, plus rarement la trachée.

Dans la morve aiguë, les ulcères des muqueuses sont quelquefois isolés, le plus souvent nombreux, assez petits, et précédés de petites élevures ou pustules, soit discrètes, soit confluentes, qui s'ouvrent à leur sommet, s'agrandissent en se réunissant, et forment des ulcères irréguliers, à bords escarpés et déchiquetés, à fond grisâtre. Leur présence détermine l'épaississement de la muqueuse qui les supporte, son décollement des os sous-jacents, devenus vasculaires, mais rarement cariés, enfin la gangrène et la chute d'escarres reconnaissables. Isolées, les ulcérations morveuses sont petites, arrondies, plus ou moins superficielles, et entourées par un liseré d'un rouge vif. De même que les ulcères cutanés; ceux-ci provoquent rarement l'engorgement ganglionnaire.

Dans la morve chronique, la pituitaire, ramollie, criblée d'ecchymoses et de petits abcès, tombe quelquefois en un détritus grisâtre, ou se couvre d'ulcérations dont chacune est entourée d'un bourrelet saillant, rouge, fongueux, qui s'étend rapidement, n'ont aucune tendance à se cicatriser et se creusent de manière à atteindre bientôt les cartilages et les os, lesquels, dans cette forme de la maladie, s'altèrent, se carient, se

nécrosent, et tombent en laissant à leur place des excavations plus ou moins vastes.

La voûte palatine, la base de la langue, les amygdales, le voile du palais, peuvent aussi présenter des ulcérations grisâtres, irrégulières, couvertes de bourgeons charnus de mauvais aspect, et sécrétant un mucus épais, noir, abondant. Quoique rebelles, les ulcérations sont susceptibles de cicatrisation; mais, le plus souvent, elles ne se ferment d'un côté que pour s'étendre de l'autre, acquièrent quelquefois une profondeur considérable, et causent même des perforations complètes.

Le larynx et la portion cartilagineuse de la trachée, sont, dans la morve chronique, exposés à des ulcérations, remarquables par leur profondeur et leur étendue considérables, puisqu'elles peuvent se propager jusqu'aux cartilages et s'étaler sur toute la trachée, remarquables surtout par la faculté qu'elles possèdent de se fermer et de se couvrir d'une cicatrice caractéristique, mince, adhérente, non vasculaire, pâle sèche, et sillonnée de brides, résistantes, linéaires, radiées, qui forment un réseau aréolaire, et déterminent, par le tiraillement qu'elles exercent sur les parties sous-jacentes, le rapprochement et le chevauchement des anneaux cartilagineux les uns sur les autres, le raccourcissement et la déformation consécutive de la trachée.

Plusieurs questions de diagnostic fort importantes peuvent s'élever à l'occasion des ulcères farcineux et morveux, et c'est par ce point qu'ils se rattachent surtout à notre sujet.

Ces ulcères, et les désordres qu'ils suscitent, ont en effet donné lieu à des difficultés réelles et quelquefois même à de tristes erreurs de diagnostic. C'est particulièrement avec certaines angines, ou certains ozènes inflammatoires graves, avec certains effets de la syphilis ou de la scrofule, qu'il y a danger de confusion.

Pour distinguer, dans les cas de doute, les ulcérations morveuses, des ulcères simples de la gorge ou des fosses nasales, qu'on n'oublie pas que les ulcères morveux ne sont qu'un des nombreux accidents d'une affection contagieuse générale et profonde. La considération des antécédents, et la présence des

diverses altérations farcineuses et des troubles généraux concomitants seront de précieux indices qui mettront nécessairement sur la voie de la vérité.

La comparaison attentive des ulcères morveux avec les vénériens y fait découvrir des différences; car ces derniers se distinguent par leurs bords rouges, durs, engorgés, taillés à pic, ainsi que par la manière dont ils s'établissent d'emblée, sans avoir été, comme les premiers, précédés d'abcès ou de gangrène. Toutefois il faut convenir que les nombreux rapports qui existent entre la syphilis et la morve chronique surtout, rendent assez difficile la distinction des ulcères diathésiques propres à l'une et à l'autre de ces deux affections générales. Ici encore, il convient de ne pas perdre de vue que le diagnostic ne repose pas seulement sur l'examen comparatif des ulcères des deux ordres, mais aussi sur celui des circonstances accessoires, c'est-à-dire des douleurs, des tumeurs, des taches et éruptions diverses, des altérations osseuses particulières à l'une et à l'autre affection, ainsi que sur l'étude attentive de l'ensemble des symptômes, de l'aspect général, de la physionomie et de la marche des deux maladies.

Les mêmes considérations sont applicables au diagnostic différentiel des ulcères morveux, d'une part, et scrofuleux de l'autre. Ici encore se rencontre, dans les deux maladies qu'il s'agit de mettre en regard, un certain nombre de circonstances communes, tels qu'engorgement ganglionnaire, abcès, carie, nécrose, lésions des appareils digestif et respiratoire, dont l'analogie peut induire en erreur un praticien inattentif, mais qui fournissent au contraire à l'homme instruit, qui sait les étudier et les comparer, de précieux signes distinctifs propres à éclairer les indices trop obscurs fournis par la seule comparaison des ulcères des deux ordres. Dans ce cas aussi il y aura à tirer, pour la solution de la question diagnostique, un grand parti des différences résultant du groupement et de la succession des phénomènes, des circonstances étiologiques, telles que l'âge, le tempérament, la profession, et enfin de l'existence ou de l'absence de lésions propres à l'une des affections et étrangères à l'autre: je veux parler des engelures, tumeurs ganglionnaires, blépharites, ophthalmies scrofuleuses, etc.

Insister davantage sur ce point, et entrer dans l'exposition détaillée des lésions, des symptômes et des troubles fonctionnels, soit locaux, soit généraux, offerts par les individus sur lesquels on observe les ulcères qui nous occupent, serait évidemment sortir de notre sujet, et nous jeter dans une question étrangère, ou tout au moins collatérale.

Le pronostic des ulcères morveux est entièrement subordonné à celui de l'affection morveuse, c'est dire qu'il est très grave en général, et leur degré relatif de gravité dépend surtout de la forme morbide à laquelle ils se rattachent.

J'en dirai autant de la thérapeutique. La partie du traitement la plus importante, c'est-à-dire celle qui a rapport à la modification de la constitution, est réglée par la considération de la maladie principale, dont l'ulcère n'est que le symptôme. Quant aux moyens indiqués et réclamés par les ulcères eux-mêmes, ils se bornent à des lotions de chlorure de soude, d'eau iodée, de vin aromatique, de quinquina, ainsi qu'à la compression légère et méthodique, pour les ulcères cutanés; à des fumigations aromatiques et à des injections de créosote; (2 gouttes pour 30 grammes d'eau), pour ceux des fosses nasales. Ce dernier médicament a été recommandé par Elliotson, qui dit l'avoir employé avec avantage une fois dans la morve aiguë, et une fois dans la morve chronique.

Ulcères cancéreux.

Les ulcères cancéreux se développent sur les tumeurs de même nom; mais ils n'ont pas les mêmes caractères, et s'accompagnent de circonstances différentes, selon qu'ils attaquent le tissu encéphaloïde ou le tissu squirrheux.

La perforation qui se fait à la peau sur les tumeurs encéphaloïdes ramollies, s'étend très rapidement, et se transforme en ulcère d'où s'écoule en abondance une sanie ténue, d'odeur repoussante et presque caractéristique. La surface présente des champignons mollasses, fongueux, et parfois des excavations qu'y produit la chûte de portions de matière encéphaloïde frappée d'une sorte de décomposition. Elles saignent facilement au renouvellement de l'appareil; indépendamment de

l'écoulement de sang que provoque le moindre attouchement, il s'y produit parfois une sensation de tension et de chaleur, suivie d'une hémorrhagie plus ou moins abondante et d'un soulagement momentané ; mais les douleurs ne tardent pas à reparaître, de nouvelles hémorrhagies surviennent et amènent promptement l'épuisement. La tumeur diminue avec rapidité quand il s'en détache des portions considérables ; mais la destruction du tissu cancéreux est très rarement complète; il survit presque toujours à ces gangrènes partielles, bien que l'ulcère prenne quelquefois alors une couleur vermeille, et se recouvre d'une véritable cicatrice. Cependant on a vu aussi la gangrène s'emparer de la tumeur et l'éliminer en entier. Mais ce mode de terminaison est un phénomène tout à fait exceptionnel dans la marche des cancers encéphaloïdes ; presque constamment cette destruction gangréneuse ne fait que hâter la mort par l'épuisement qu'elle produit. Une autre circonstance qu'on ne doit point perdre de vue pour la thérapeutique, c'est que les parties environnantes deviennent quelquefois le siége d'une inflammation plus ou moins marquée, inflammation qu'il importe de combattre afin de diminuer les souffrances et retarder la marche toujours rapide de ces ulcères, dans l'hypothèse où la maladie serait trop avancée pour rendre impossible l'emploi des moyens chirurgicaux.

Les ulcères squirrheux comprennent deux variétés distinctes.

Dans la première, lorsque les bosselures de la tumeur se sont ramollies, la peau qui les recouvre, rougit, et devient le siége d'un réseau vasculaire, comme variqueux ; elle se gerce sur une bosselure ou sur plusieurs à la fois, et livre passage à un peu de liquide sanguinolent. Ces gerçures s'agrandissent, se réunissent en s'étendant, et finissent par ne plus former qu'un seul ulcère qui recouvre toute la tumeur. La surface de cet ulcère est inégale, rouge, brune ou grisâtre, blafarde et mollasse, repose sur un fond induré qui constitue le tissu squirrheux lui-même. En incisant les fongosités, MM. Trousseau et Leblanc ont vu qu'elles étaient supportées par un tissu d'apparence charnue et friable, sous lequel ils ont trouvé le squirrhe à l'état de crudité. La surface est souvent sèche, ou

ne fournit qu'une petite quantité de sanie ichoreuse. Les hémorrhagies sont rares, et n'ont lieu que lorsqu'un vaisseau artériel est ouvert par suite de la dégénérescence.

Dans la seconde variété, qu'on n'observe que chez les sujets avancés en âge, on voit naître, sur les points où la peau est devenue adhérente au squirrhe, de petites saillies, des tubercules qui finissent par s'ulcérer; cette ulcération ne fournit qu'un liquide sanieux très peu abondant, lequel se dessèche à sa surface; la peau qui l'entoure se ride, se plisse; l'ulcère s'étend peu, ne fait que des progrès extrêmement lents ou demeure stationnaire des mois, des années, et souvent ne semble point hâter notablement le terme de la vie.

Lorsque des tumeurs encéphaloïdes et squirrheuses sont ulcérées, les ganglions correspondants ne tardent pas à s'engorger, s'ils ne le sont déjà, et constituent un nouveau symptôme qu'on peut indiquer pour le diagnostic. Plus tard, et quelquefois dès le début de l'ulcération, tous les signes habituels de la cachexie cancéreuse se développent et se prononcent de plus en plus.

Enfin, il est une variété désignée sous le nom de cancer colloïde, dans laquelle l'ulcération est rare et n'est constituée que par une destruction successive, couche par couche, sans aucune manifestation de vitalité dans les parties sous-jacentes.

Bien que les signes propres aux ulcères cancéreux suffisent en général pour les distinguer de tous ceux qui ne revêtent pas ce caractère, leur diagnostic serait cependant fort difficile dans certaines circonstances si on ne pouvait invoquer pour l'établir, soit le siége et le mode de développement qu'ils présentent, soit les phénomènes généraux qui les accompagnent; ainsi on voit quelquefois sur la face, à l'origine des membranes muqueuses, des ulcères dont la base et les bords sont durs, dont la surface, tantôt lisse, tantôt inégale, est rouge, brune ou grisâtre, et assez souvent recouverte de détritus gangréneux. Ces ulcères sont douloureux et assez souvent rongeants; les ganglions lymphatiques qui leur correspondent s'engorgent ordinairement. Assurément il est difficile de ne pas reconnaître dans cette affection la plupart des caractères symptomatologiques des ulcères cancéreux. Plusieurs auteurs

anciens voyaient en effet dans ces ulcères une manifestation de la cachexie cancéreuse ; mais les auteurs modernes leur refusent cette origine. De cette dissidence est née la dénomination de cancroïdes, qui leur a été imposée, et qui a l'avantage de consacrer leur analogie d'aspect avec les ulcères cancéreux en relevant leur nature intime. Le repos, une saignée générale lorsqu'ils sont très douloureux, l'usage des topiques émollients et narcotiques, les sucs de laitue, de jusquiame, de ciguë, administrés à l'intérieur, suffisent en général pour ramener les ulcères cancroïdes à l'état de simplicité ; les purgatifs ont été employés avec avantage contre cette variété d'ulcères. Les succès retirés de l'administration de l'iodure de potassium semblent indiquer que les ulcères cancroïdes ne seraient le plus souvent que des ulcères vénériens consécutifs.

Quant au traitement des ulcères cancéreux proprement dits, il ne diffère pas de celui que réclame le cancer en général, et comme nous n'avons pas à étudier cette affection dans son ensemble, mais seulement au point de vue symptomatologique, nous devons nous arrêter après avoir posé cette indication.

FIN.